

**ANÁLISIS DE LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU
ARTICULACIÓN CON LA VIABILIDAD FINANCIERA DEL HOSPITAL JUAN
HERNANDO URREGO E.S.E ÚNICA IPS PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL
CASANARE**

ANA DIONEIRA BUSTOS CABALLERO

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVA, CONTABLE, ECONOMICA Y DE
NEGOCIOS -ECACEN
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA
AGUAZUL, 2017**

**ANÁLISIS DE LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU
ARTICULACIÓN CON LA VIABILIDAD FINANCIERA DEL HOSPITAL JUAN
HERNANDO URREGO E.S.E ÚNICA IPS PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL
CASANARE**

ANA DIONEIRA BUSTOS CABALLERO

ASESORA

ELENA DEL CARMEN RESTREPO ALVAREZ

**Trabajo de grado de Grado para optar al título de Especialista en Gestión Pública, bajo la
modalidad de Proyecto Aplicado**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVA, CONTABLE, ECONOMICA Y DE
NEGOCIOS -ECACEN
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA
AGUAZUL, 2017**

DEDICATORIA

Le dedico todos mis triunfos a DIOS me ha llenado de sabiduría y entendimiento para culminar este proyecto.

Especialmente a mi esposo Ciro Triana, a mis Hijos Julián David, Katherine, Andrés Santiago y Camilo Esteban, deseo que Dios los continúe bendiciendo y que estén a mi lado por siempre.

A todos mis seres queridos, docentes y amigos me han motivado durante mi formación profesional.

Al hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego que me han brindado la oportunidad laboral por más de quince años, a mis compañeros y jefes por todas las experiencias vividas.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por cada bendición para mi vida, porque en el he confiado para cumplir cada una de mis metas propuestas, por ser mi guía y fortaleza en los momentos difíciles, por la familia que me regalo en especial un esposo maravilloso y comprensivo, a mis hijos que son mi felicidad y razón de existir.

A mi madre por su acompañamiento, a mi padre por sus consejos, a mis seres amados que están en el cielo y que viven en mi corazón y a cada una de las personas que me han motivado para lograr este sueño.

A la universidad UNAD por su modalidad de estudios a distancia que exige esfuerzo y dedicación y a cada uno de sus docentes que compartieron sus experiencias y conocimientos, a mi directora de tesis, que de forma muy respetuoso me oriento para culminar este proyecto.

Abstract

The hospital is classified in financial risk, by the National Superintendence of Health, here is the importance of conducting an analysis of the productivity of health services looking for strategies that project it financially.

The analysis of the productivity by each of the services will allow to make decisions against the capacity of the ESE to offer and to sell the services, as well as the capacity to respond to the demand of the users of the different regimes of assurance.

With the development of the research project we seek to carry out a comprehensive analysis of the institution that allows us from the collection of the information to develop strategies, activities and measures tending to overcome the problems that affect the institutional, administrative, legal and financial results and access, opportunity, continuity and quality in the provision of health services to the user population of the municipality of Aguazul.

The new health services administration scheme foresees that the financial resources required by the Hospitals will be obtained based on the income generated by the sale of services, which has already seen the need to advance a suitable hiring for the sale of services, and establish an adequate billing of the services provided.

Keywords: Hospital, Health, Quality, Production, Financial, Means, Riskrecruiting, Capacity, Population.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	14
1. TITULO.....	15
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
2.1 Antecedentes Del Problema.....	15
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
4. JUSTIFICACION	17
5. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION	19
5.1 Objetivo General.....	19
5.2 Objetivos Específicos.....	19
6. MARCO DE REFERENCIA	20
6.1 Marco Teórico.....	20
6.1.1 El Modelo Colombiano en el Sector de la Salud.	20
6.1.2 El Sistema de Seguridad Social en Salud.....	20
6.1.3 Características Principales	21
6.2 Marco conceptual.....	26
6.3 Marco Legal	32
6.4 Marco espacial	35
6.5 Marco temporal.....	38
6.6 Metodología	39
6.6.1 Tipo de estudio realizado.	39
6.6.2 Población estudiada para el proyecto de investigación.....	40
6.6.3 Medidas y pruebas estadísticas aplicadas.	42
6.6.4 Software utilizado en la recolección y análisis de la información.....	42
6.6.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	43
6.6.6 Aspectos importantes del trabajo de campo.....	43
7. ANÁLISIS DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS MÁS RELEVANTES DEL PERFIL DE PRODUCTIVIDAD QUE HAN AFECTADO LA INSTITUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.	44
7.1 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN.....	45
7.1.1 Estructura Demográfica.	45

7.1.2 Población por Grupo de Edad.	46
7.1.3 Otros Indicadores Demográficos.	49
7.1.4 Población del área de influencia de la E.S.E año 2016.....	50
7.1.5 Población por Régimen de Aseguramiento 2016.....	52
7.2 MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA.....	53
7.3 MORBILIDAD HOSPITALARIA.....	54
7.4 MORTALIDAD GENERAL.....	56
7.5 INSTITUCIONES DE SALUD EN EL ÁREA DE INFLUENCIA	59
7.6 ANÁLISIS DE MERCADO Y DE COMPETITIVIDAD	60
7.7 ASPECTOS INSTITUCIONALES	62
7.8 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	64
7.8.1 Visión.....	64
7.8.2 Misión.	65
7.8.3 Objetivos Institucionales.....	65
8. OFERTA DE SERVICIOS DE LA E.S.E.	66
8.1 CAPACIDAD INSTALADA	70
8.1.1 Oficina De Servicio De Atención Al Usuario.....	72
8.1.2 Consulta De Medicina General.....	72
8.1.3 Consulta De Medicina Especializada.....	72
8.1.4 Consulta De Odontología General.	73
8.1.5 Laboratorio Clínico.....	73
8.1.6 Servicio de Promoción y Prevención.....	73
8.1.7 Atención En Planificación Familiar Y Detección Temprana De Cáncer De Cérvix.	74
8.1.8 Consulta De Atención Del Joven Y Atención En Crecimiento Y Desarrollo A Menor De 10 Años.	74
8.1.9 Vacunación.	75
8.1.10 Farmacia.....	75
8.1.11 Rayos X.....	75
8.1.12 Área de Rehabilitación.....	75
8.1.13 Urgencias.	76
8.1.14 Esterilización.....	77

8.1.15 Referencia y Contra Referencia.	77
8.1.16 Traslado de Pacientes.....	78
8.1.17 Hospitalización.	78
8.1.18 Vigilancia Epidemiológica y Salud Pública.	78
8.1.19 Dotación y Mantenimiento.	79
8.1.20 Medicamentos y Dispositivos Médicos.	79
8.1.21 Procesos Prioritarios Asistenciales.	79
8.1.22 Historia Clínica.	79
8.2 ANÁLISIS DE CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA	80
8.3 CAPACIDAD DE OFERTA CON PROFESIONALES	83
8.4 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS.....	90
8.5 UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	90
8.6 SERVICIOS AMBULATORIOS	91
8.7 ACTIVIDADES DE SALUD ORAL	95
8.8 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	97
8.9 APOYO DIAGNOSTICO	99
8.10 APOYO TERAPÉUTICO	100
8.11 ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS.....	102
8.12 CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	105
8.13 VENTA DE SERVICIOS	107
8.13.1 Contratos por Venta de Servicios.	108
8.14 ANÁLISIS DE LA FACTURACIÓN VENTA DE SERVICIOS POR PAGADOR.....	120
8.14.1 Cuentas Por Pagar.	121
8.14.2 Cuentas por cobrar.	123
8.14.3 Detalle de Cuentas Por Cobrar.....	126
8.14.4 Análisis del Estado de Cartera por Régimen.	127
8.15 PROYECCIÓN DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS.....	129
8.16 Matriz DOFA	135
8.16.1 Oportunidad	135
8.16.2 Amenaza	136
8.16.3 Fortaleza.....	138
8.16.4 Debilidad.....	139

8.17 ANÁLISIS INTEGRAL DEL DIAGNÓSTICO DE LA ESE	141
8.17.1 ESTRATEGIAS TIPO F.O.....	141
8.17.2 ESTRATEGIAS TIPO F.A.....	142
8.17.3 ESTRATEGIAS TIPO D.O.	144
8.17.4 ESTRATEGIAS TIPO D.A.	145
9. CONCLUSIONES.....	144
10. RECOMENDACIONES	147
11. BIBLIOGRAFIA	151

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Potencial usuarios eps del régimen subsidiado, contributivo y especial.....	41
Tabla 2 Proporción de la población por ciclo vital de aguazul - casanare 2005, 2015 y 2020....	47
Tabla 3 Otros indicadores de estructura demográfica aguazul - casanare 2005, 2015, 2020.	50
Tabla 4 Portafolio de servicios	66
Tabla 5 Servicios habilitados	68
Tabla 6 Servicio con su recurso físico, humano y horarios de atención.	70
Tabla 7 Capacidad instalada instalaciones – equipamiento - urgencias	80
Tabla 8 Capacidad instalada instalaciones – equipamiento - servicios ambulatorios	80
Tabla 9 Capacidad instalada instalaciones – equipamiento - hospitalización	81
Tabla 10 Capacidad instalada instalaciones – equipamiento - apoyo diagnostico	82
Tabla 11 Capacidad instalada instalaciones – equipamiento - apoyo terapéutico	82
Tabla 12 Capacidad instalada instalaciones – equipamiento - servicios conexos a la salud	83
Tabla 13 Capacidad disponible con recursos humanos	83
Tabla 14 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - servicio de urgencias	84
Tabla 15 Capacidad disponible con recursos humanos - servicios ambulatorios	85
Tabla 16 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - medicina general.....	85
Tabla 17 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - promoción y prevención.	86
Tabla 18 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - especialidades	87
Tabla 19 Capacidad disponible con recursos humanos hospitalización quirófanos y salas de parto	87
Tabla 20 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - hospitalización quirófanos y salas de parto	87
Tabla 21 Capacidad disponible con recursos humanos – apoyo diagnostico	88
Tabla 22 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - apoyo diagnostico	88
Tabla 23 Capacidad disponible con recursos humanos - apoyo terapéutico	89
Tabla 24 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - apoyo terapéutico.....	89
Tabla 25 Capacidad disponible con recursos humanos - servicios conexos.....	90
Tabla 26 Variación anual en periodos anuales de análisis.....	91
Tabla 27 Variación anual en periodos anuales de análisis - servicios ambulatorios	92
Tabla 28 Variación anual en periodos anuales de análisis - actividades de promoción y prevención.....	94
Tabla 29 Variación anual en periodos anuales de análisis - actividades de salud oral	96
Tabla 30 Variación anual en periodos anuales de análisis - estancia general.....	98
Tabla 31 Variación anual en periodos anuales de análisis - apoyo diagnostico	100
Tabla 32 Variación anual en periodos anuales de análisis - apoyo terapéutico.....	101

Tabla 33 Autoevaluación de estándares mínimos de habilitación resolución 2003 de 2014.....	105
Tabla 34 Valores reconocidos por vigencias (ingresos.....)	120
Tabla 35 Detalle de cuentas por cobrar.....	126

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Ubicación de la ESE dentro del municipio Aguazul Casanare.....	35
Figura 2 Municipio Aguazul Casanare.....	35
Figura 3 Localización general del municipio de Aguazul.....	36
Figura 4 Población por sexo y grupo de edad. Aguazul – Casanare 2016.....	50
Figura 5 Población por asegurador o pagador – Municipio Aguazul - 2016.....	52
Figura 6 Morbilidad de Consulta Externa 2014.....	53
Figura 7 Morbilidad de Consulta Externa 2015.....	53
Figura 8 Morbilidad de Hospitalización2014	54
Figura 9 Morbilidad de Hospitalización2015	55
Figura 10 Mortalidad 2014	56
Figura 11 Mortalidad 2015	57
Figura 12 Organigrama	64
Figura 13 Consultas, Procedimientos y Observación Urgencias años 2010-2016	90
Figura 14 Consultas de Medicina General años 2010-2016	91
Figura 15 Actividades de Promoción y Prevención años 2010-2016.....	93
Figura 16 Actividades de Salud Oral años 2010-2016	95
Figura 17 Consultas de Medicina Especializada años 2010-2016.....	96
Figura 18 Estancia General años 2010-2016	97
Figura 19 Apoyo Diagnostico años 2010-2016	99
Figura 20 Apoyo Terapéutico años 2010-2016	100
Figura 21 Producción Total en UVR 2010-2016.....	102
Figura 22 Cumplimiento de Estándares de Habilitación	106
Figura 23 Contrato por Venta de Servicios Cápita- Humana Vivir.....	109
Figura 24 Contrato por Venta de Servicios Cápita- Caprecom	109

Figura 25 Contrato por Venta de Servicios Capita- Capresoca	110
Figura 26 Contrato por Venta de Servicios Cápita- Nueva EPS	111
Figura 27 Contrato por Venta de Servicios Evento- Nueva EPS.....	113
Figura 28 Contrato por Venta de Servicios Evento- Saludcoop	113
Figura 29 Contrato por Venta de Servicios Evento- Humana Vivir	114
Figura 30 Contrato por Venta de Servicios Evento – Colombiana de Salud.....	115
Figura 31 Contrato por Venta de Servicios Evento – Capresoca.....	116
Figura 32 Contrato por Venta de Servicios Evento – Soat Seguros	118
Figura 33 Contrato por Venta de Servicios Evento – Cafesalud	119
Figura 34 Facturación Vs Recaudo por venta de servicios vigencia 2010 - 2016.....	120
Figura 35 Comportamiento delas Cuentas Por Pagar a 31 de Diciembre de 2016.....	122
Figura 36 Composición de la cartera por edades	124
Figura 37 Cartera de Entidades en Liquidación.....	125
Figura 38 Cartera Régimen Contributivo	127
Figura 39 Cartera Régimen Subsidiado	128
Figura 40 Proyección de Producción en unidades de valor 2017-2022.....	131
Figura 41 Proyección total en unidades de valor relativo 2010 a 2022	132

INTRODUCCION

El objetivo principal del presente proyecto de investigación está basado en realizar un análisis de la producción de servicios de salud del hospital Juan Hernando Urrego E.S.E, estudiando los factores internos y externos que permitirán realizar una matriz DOFA la cual será instrumento fundamental para la toma de decisiones y la evaluación de la situación financiera de la institución durante los últimos años.

En el desarrollo de la investigación se procesaron datos de distintos componentes y fuentes de información para presentar una visión global de la productividad, que ayudara a detectar problemas estratégicos y formular acciones para racionalizar el uso de los recursos y mejorar e incrementar la producción de los servicios de salud prestados en la institución.

Un tema transcendental de la presente investigación es el conocimiento de la población, su área de influencia, la competencia, los posibles y nuevos usuarios, las condiciones del mercado, la capacidad física y de talento humano, estas variables ayudan a tomar medidas realistas para las proyecciones de producción y venta de servicios de la institución.

Aun siendo conscientes de la difícil situación financiera que afronta en la actualidad la institución, que no solo dependen de la gestión y funcionamiento interno, sino del modelo del sistema de salud del país, se evidencia la importancia que tiene el superar todas estas dificultades teniendo en cuenta que el hospital es la única IPS pública del municipio de Aguazul.

Se requiere apoyo del Nivel nacional y se evidencia la necesidad de un cambio en la forma como se administran los recursos de la salud y en especial la cadena de intermediarios que se manejan para el pago de los mismos, sin que exista un seguimiento estricto por parte de las entidades que deben realizar el control.

1. TITULO

Análisis de la productividad de los servicios de salud y su articulación con la viabilidad financiera del Hospital Juan Hernando Urrego E.S.E única IPS pública del municipio de Aguazul Casanare.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Antecedentes Del Problema

El hospital es la única IPS pública del municipio de Aguazul para la prestación de servicios de salud a una población de 39.000 habitantes y que actualmente concentran sus acciones en la atención de la población más pobre y vulnerable perteneciente especialmente al régimen subsidiado.

El hospital se encuentra clasificado en riesgo financiero, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de aquí radica la importancia de realizar un análisis de la productividad de los servicios de salud buscando estrategias que la proyecten financieramente.

Colombia es uno de los países con más normas y leyes en salud, en la actualidad la mayor amenaza que presenta el sistema es el cierre de los hospitales que no son viables financieramente.

El sistema de salud en nuestro país está atravesando una crisis, debido principalmente a la ausencia de políticas claras, la inadecuada destinación de los recursos y la corrupción presente tanto en instituciones públicas y privadas, se debe plantear un nuevo modelo de salud más eficiente y sencillo que asegure un servicio oportuno y con calidad para toda la población, que acabe con la intermediación financiera y sea más transparente.

Las EPS (entidades promotoras de salud), son consideradas como protagonistas y constituyen uno de los actores más criticados y que muchos señalan como responsables de la crisis financiera del sector, de las cuales algunas ya se encuentran liquidadas, lo cual ha generado pérdida de recuperación de cartera y recursos invertidos en la prestación de los servicios de salud, aumentado las cuentas por pagar por concepto de pagos de honorarios de personal, proveedores de insumos que no se pueden cancelar por falta de flujo de efectivo.

Estos no son todos los problemas, existen muchos que no están en manos de los hospitales ni de sus administradores y requieren de soluciones urgentes porque están comprometiendo la accesibilidad a los servicios de salud con calidad y oportunidad a los usuarios.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se debe realizar un análisis de productividad por cada uno de los servicios que permita generar un diagnostico que permita tomar decisiones frente a la capacidad de la ESE para ofrecer y vender los servicios, así como la capacidad para dar respuesta a la demanda de los usuarios de los diferentes regímenes de aseguramiento.

El análisis de la productividad por cada uno de los servicios permitirá tomar decisiones frente a la capacidad de la ESE para ofrecer y vender los servicios, así como la capacidad para dar respuesta a la demanda de los usuarios de los diferentes regímenes de aseguramiento.

Constantemente se observa como la red de prestación del servicio de salud se caracteriza por la omisión de los principios de oportunidad, accesibilidad, continuidad, calidad y que están afectando la calidad de vida de todos los colombianos.

Se ha convertido en el ejercicio diario de los colombianos presentar tutelas para que se resuelvan los servicios solicitados de especialistas, traslados a otros niveles de atención, medicamentos para enfermedades de alto riesgo etc.

La alta tasa de desempleo y de informalidad laboral que se presenta en el municipio debido a la baja en la producción petrolera , hace que la mayor parte de los usuarios pertenezcan al régimen subsidiado, La clasificación por niveles de SISBEN de la población del Municipio de Aguazul, aproximadamente el 80% se encuentra clasificada en los Niveles I y II accediendo a los beneficios de régimen subsidiado, que es contratado por la modalidad de pago por capitación a que nos obliga la normatividad vigente por ser de baja complejidad, lo que evidencia desequilibrio entre la producción y la facturación.

El valor del porcentaje de la unidad de pago por capitación que es muy bajo y no representa equilibrio en los costos de la prestación de los servicios por la institución a las EPS subsidiadas. De igual manera las tarifas establecidas contractualmente para la prestación de servicios de salud, con las EPS no son concertadas por las partes, sino que son impuestas por las EPS, situación que pone en riesgo la parte financiera a la institución.

No se trata de continuar criticando ni de señalar culpables, pero sí de iniciar un análisis que permita construir y exigir soluciones de fondo que transformen instituciones tan importantes como las que hoy se están cerrando por no ser viables.

4. JUSTIFICACION

Con el desarrollo del proyecto de investigación se busca realizar un análisis integral de la institución que nos permita a partir de la recopilación de la información desarrollar estrategias, actividades y medidas tendientes a superar los problemas que inciden en los resultados institucionales, administrativos, jurídicos y financieros y de acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria del municipio de Aguazul.

Se debe conocer el rol de la institución en el estudio de red del Departamento, las condiciones de mercado de la entidad, portafolio de servicios, capacidad física instalada, producción por servicio, productividad, centros de costos, distribución de gastos administrativos y operativos, la cartera, su pasivo y en general toda la información financiera que nos permita realizar el análisis de la prestación de servicios en el hospital.

Se busca generar los elementos necesarios para disminuir las brechas existentes entre la demanda de los usuarios, la capacidad de producción y la producción final de los servicios

Las intervenciones para identificar, analizar y disminuir estas brechas son un aspecto muy importante de la función gerencial donde el equilibrio entre la producción, eficiencia, recursos y costos, se convierten en la clave del éxito de un sistema de salud y de una institución prestadora de servicios de salud.¹

Solo a través de la generación adecuada de información puede realizarse un adecuado análisis del problema para tomar finalmente las decisiones más adecuadas.

El nuevo esquema de administración de los servicios de salud prevé que los recursos financieros requeridos por los hospitales sean obtenidos con base en los ingresos generados por la venta de servicios, para lo cual ya se ha visto la necesidad de adelantar una acertada contratación, y establecer una adecuada facturación.

Si bien es cierto que la carencia de recursos económicos y de mecanismos claros de financiación de las IPS, son causas del déficit crónico de las mismas, no es menos cierto que gran parte de los problemas tienen que ver con las dificultades de orden administrativo que impiden un adecuado flujo de caja, por lo que se deben desarrollar acciones encaminadas a mejorar este proceso.

¹ Organización Panamericana de la Salud “Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades” Washington, D.C.: OPS, © 2010.

Es importante entonces fijar lineamientos y políticas en el manejo de las ventas que permitan establecer su filosofía, visión, funciones y unos adecuados mecanismos de control, con la aplicación de principios de calidad oportunidad, eficiencia, eficacia. etc.

Pero no es solo importante revisar las ventas, sino definir claramente si los contratos han generado equilibrio, o por el contrario, han generado parte de la problemática financiera de la ESE, para lo cual se requiere determinar en cada contrato la facturación, el recaudo y el costo de prestación de los servicios para cada uno de los pagadores.

Esto le permitirá tener argumentos para renegociar tarifas y lograr un equilibrio en la operación corriente, o igualmente poder acceder a recursos de subsidio a la oferta en condiciones de eficiencia.

5. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

5.1 Objetivo General

Análisis de la productividad de los servicios de salud y su articulación con la sostenibilidad técnica y financiera del Hospital Juan Hernando Urrego E.S.E única IPS pública del municipio de Aguazul Casanare.

5.2 Objetivos Específicos

Identificar y evaluar los factores o problemas internos y externos más relevantes del perfil de productividad que han afectado la institución en los últimos años.

Construir una matriz DOFA, la cual será instrumentó fundamental para la toma de decisiones y la planeación estratégica en la institución.

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1 Marco Teórico

6.1.1 El Modelo Colombiano en el Sector de la Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia ha sido diseñado bajo un esquema básico al lado del cual coexisten al menos dos esquemas adicionales que no deben ser olvidados a la hora del análisis, teniendo todos como propósito común el cubrimiento de los servicios de salud para toda la población en condiciones de idoneidad, suficiencia y eficiencia.

6.1.2 El Sistema de Seguridad Social en Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio a toda la población, en todos los niveles de atención. Es operado por las Entidades Promotoras de Salud EPS y la prestación del servicio está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS.²

Los objetivos del sistema de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de la población al servicio, en todos los niveles de atención.

La prestación de los servicios de salud son un servicio público esencial a cargo del estado, debe ser gratuito y obligatorio para todos los habitantes del territorio colombiano es administrado por los entes territoriales, sus entes descentralizados y las entidades privadas autorizadas.³

El estado debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción y prevención, protección y recuperación de la salud.

²Cartilla de aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud .

³ Sistema General de Seguridad Social Integral (Ley 100 de 1993).

6.1.3 Características Principales

- ✓ La afiliación al sistema de salud es obligatoria y debe cobijar todos los miembros de la familia.
- ✓ El sistema de seguridad social en salud debe brindar atención a la población en todas sus fases de educación, información y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con los principios de oportunidad, calidad y eficacia.
- ✓ El sistema de seguridad social en salud garantiza a los usuarios la libertad de escogencia entre las EPS y las IPS.
- ✓ El sistema establece mecanismos de control para garantizar calidad en la atención.
- ✓ El sistema para su financiamiento y administración está compuesto por dos regímenes contributivo al cual se afilia la población laboral del país y del régimen subsidiado al cual debe estar afiliada la población pobre y vulnerable que no puede pagar el costo del servicio.
- ✓ Todos los miembros del grupo familiar deben estar afiliados a una misma entidad promotora.
- ✓ Si varios miembros de la familia están vinculados laboralmente cada uno deberá cotizar en el sistema de salud.
- ✓ La Unidad de pago por capitación UPC es un valor fijo anual que reciben del sistema las EPS por la prestación de servicios del POS.
- ✓ EL FOSYGA tiene por objeto facilitar la ampliación de la cobertura en salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito.
- ✓ El sistema de seguridad social en salud está bajo la orientación, regulación supervisión vigilancia y control del GOBIERNO Nacional y del Ministerio de la protección Social.

- ✓ Los organismos de control y vigilancia del sistema de salud es la superintendencia Nacional de Salud⁴

La ley 1751 del 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud establece en su artículo QUINTO las obligaciones del estado y su participación EN SISTEMA DE SSSC entre las más representativas

El estado es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y su participación debe cumplir las siguientes obligaciones:

- ✓ Formular y adoptar políticas de salud que permitan el goce del derecho a la salud en igualdad de trato y oportunidades para toda la población.
- ✓ Formular políticas para la promoción de la salud prevención de la enfermedad y rehabilitación
- ✓ Ejercer una adecuada inspección vigilancia y control.
- ✓ Velar por el cumplimiento del derecho fundamental de la salud en todo el territorio nacional.
- ✓ Realizar seguimiento de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de las personas.
- ✓ Adoptar la regulación y las políticas para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud de la población ⁵

El SGSSS está integrado por los organismos de dirección, vigilancia y control en cabeza del Ministerio de Salud, los organismos de administración y financiación que actúan como instancias aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios, otras entidades de salud, los

⁴ Sistema General de Seguridad Social Integral (Ley 100 de 1993).

⁵ La ley 1751 del 2015, artículo quinto.

empleadores, trabajadores y beneficiarios del Sistema y los Comités de Participación Comunitaria.

Organismos de dirección, vigilancia y control:

- ✓ Ministerios de Salud
- ✓ Ministerio de Trabajo
- ✓ Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
- ✓ Superintendencia Nacional en Salud
- ✓ Organismos de administración y financiación:
- ✓ Empresa Promotora de Salud (EPS, ARS, ESS, Cajas de Compensación)
- ✓ Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud
- ✓ Fondo de Solidaridad y Garantía
- ✓ Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (Hospitales, clínicas, centros de salud, etc.)
- ✓ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- ✓ Beneficiarios del Sistema (trabajadores formales, independientes, subsidiados y familiares)
- ✓ Comités de Participación Comunitaria.

Las principales fuentes de financiación del sistema se originan en el Sistema General de Participaciones (SGP), en los aportes de los trabajadores y empleadores al régimen contributivo que también aporta a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales, administrados por el FOSYGA, y en la explotación de los juegos de suerte y azar a cargo de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), además de la coparticipación que hacen otros recursos de menor cuantía. Para financiar los costos de la prestación de servicios, las EPS reciben del FOSYGA, la llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es una asignación per cápita garantizada, ajustada

según la edad, sexo y regiones geográficas de la población afiliada a cada EPS, que además es ajustada acorde con los contenidos que sean ingresados al POS.⁶

Las EPS son los entes aseguradores del sistema, por lo tanto, son los núcleos organizativos básicos del SGSSS. Las funciones primordiales que deben cumplir las EPS son la afiliación de las personas al sistema, la movilización de los recursos financieros, la promoción de la salud, el manejo del riesgo de enfermar y la organización de la prestación de los servicios de atención para sus afiliados.

Las EPS contratan servicios con las IPS para que atiendan a sus afiliados quienes, en principio, tienen el derecho de elegir a cuál institución asisten. Los hospitales públicos son IPS que, dado que son propiedad del Estado, reciben el nombre de ESE. Ellas son una categoría especial de entidad pública descentralizada, con autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica

Los pagos de los afiliados pertenecen al FOSYGA y por cada una de las personas afiliadas las EPS reciben una suma de dinero fija, establecida normativamente, que cubre el costo promedio del POS (por persona/año). A esta suma se le llama UPC.

Las empresas que administran los recursos del régimen subsidiado reciben el nombre de ARS o, si son empresas de economía solidaria, ESS.

El FOSYGA es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que sirve de Fondo común para garantizar la disponibilidad de recursos del sistema y la solidaridad que debe existir dentro del mismo. Este fondo está integrado por cuatro subcuentas: a) Compensación interna del Régimen Contributivo, b) Solidaridad del Régimen Subsidiado de Salud, e) Promoción de la Salud y d) Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social Fuentes de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS Junio de 2016.

Con relación a las instancias de gobierno del SGSSS, el Ministerio de Salud se configura como la cabeza rectora del Sistema y sus funciones son orientarle, regularle, supervisarle, vigilarle y controlarle.

Adscrito a él, se creó el CNSSS como organismo de dirección, de carácter permanente. El CNSSS es una instancia de dirección colegiada donde hay representantes de los diferentes actores del SGSSS.

Entre sus funciones más relevantes están: definir el POS, definir el monto de la cotización, estimar el valor de la UPC, definir el régimen de cuotas moderadoras y copagos, definir los criterios de selección de beneficiarios del régimen subsidiado, recomendar el régimen de tarifas de los servicios de atención hospitalaria y velar por el buen desarrollo del Sistema.⁷

La propia Ley 1122 de 2007, ordeno la consolidación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), que tiene como objetivo el registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del MPS, capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud (INS), MPS, la CRES, el CNSSSS, y de las Entidades Territoriales.⁸

La participación del estado en el Sistema de Seguridad Social se basa en dos grandes pilares como son la financiación y el control de la destinación y ejecución de los recursos.

La sostenibilidad financiera del SGSSS, es fundamental para garantizar su viabilidad, contribuir al Sistema de Protección Social y lograr beneficiar por tanto a la población en relación a la salud, al aseguramiento en pensiones y riesgos profesionales.

En primer lugar, describe la función de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y su forma de financiación. Asegura que las EPS

⁷ Universidad Nacional de Colombia Revista de la Facultad de Medicina 2001.

⁸ Organización Panamericana de la Salud “Perfil Sistema de salud en Colombia” Washington, D.C.: OPS, © 2010

son entidades aseguradoras que asumen el riesgo de la atención en salud de sus usuarios, en desarrollo de lo cual deben organizar la prestación de servicios asistenciales, y destinar la UPC que mensualmente reciben para cubrir las cuentas que se generan por los servicios que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestan a sus afiliados⁹

El artículo 48 de la Constitución dispone que “[n]o se podrán destinar ni utilizar los recursos de las Instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella”, y asegura que, según varios fallos de la Corte Constitucional y la normativa vigente, las UPC no son recursos o rentas propias de las EPS, sino recursos parafiscales de la seguridad social que deben aplicarse a la prestación directa de los servicios.

En el ámbito del SGSSS, la normativa define varias fuentes de financiación, como las cotizaciones que efectúan los afiliados al régimen contributivo y que son recaudadas por las EPS (artículo 182 de la ley 100), los pagos moderadores como pagos “compartidos, cuotas moderadoras y deducibles” (artículo 187 *ibídem*), parte de recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar, recursos propios de las entidades territoriales (artículo 214 de la ley 100 modificado por el artículo 11 de la ley 1122), entre otros.¹⁰

6.2 Marco conceptual

Los términos y conceptos del presente marco fueron tomados en general de los glosarios y ABC de las páginas de la Supersalud, Ministerio de salud.¹¹

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁹ Sentencia C-262/13 Corte constitucional.

¹⁰ www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-262-13.htm

¹¹ <https://www.minsalud.gov.co/lists/glosario/allitems-> <https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/preguntas-y-glosario/glosario-> <http://diccionariodelasaludjsdsm.blogspot.com.co/>

Acreditación: Método empleado para calificar atributos de la atención brindada por un establecimiento. También se le define como “el procedimiento de evaluación periódica de los recursos de un servicio o establecimiento de salud que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente definidos y aceptados”.

Afiliación: Es el proceso de inscripción a una EPS, por medio del cual el usuario y su grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Afiliado: La persona (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

Aseguramiento En Salud: Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Asociaciones De Usuarios: Es una agrupación de afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Atención En Salud: Se entiende por atención en salud, dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SOGCS), el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Atención Inicial De Urgencias: Todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales; la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia.

Calidad En Salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios

Costos: Es la expresión monetaria de los recursos y procesos productivos y su relación con el financiamiento institucional o sectorial.

Eficiencia: La eficiencia es un criterio económico que revela la capacidad administrativa de producir el máximo de los resultados con el mínimo de los recursos, energía y tiempo.

El Estado (Gobierno): actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son: El Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia), la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

Entidades Promotoras De Salud (EPS): Son las entidades responsables de la afiliación, registro de los usuarios, del recaudo de las cotizaciones y de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Obligatorio, así como de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Estadística: Disciplina o ciencia que tiende a recoger, caracterizar numéricamente y coordinar, grupos generalmente numerosos de hechos comúnmente complejos (Darmoir). En la Estadística se estudian Variables, Indicadores y se obtienen (entre muchísimos otros) los siguientes parámetros de análisis: Media Aritmética, Mediana, Modo, Razón, Proporciones, Porcentaje y Tasas.

Estándares: Conjunto de normas y condiciones indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios. Deben ser de obligatorio cumplimiento por los prestadores de Servicios de Salud.

Habilitación: Cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema único de habilitación, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.

Historia Clínica: Documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente en los casos previstos por la ley.

Hospital: La O.M.S. los define de la siguiente manera: “Es un elemento de una organización de carácter médico y social, cuya función consiste en asegurar a la población una asistencia médica completa, curativa y preventiva y cuyos servicios irradian hasta la célula familiar considerada en su propio contexto: es también un centro de enseñanza médica y de investigaciones biosociales.

Indicadores: Elementos de evaluación de las Variables o cualidades de un servicio. Son la medida operativa de una Variable. Expresan de manera simple y resumida las características de un hecho a ser evaluado.

Instituciones Prestadoras De Salud (IPS): Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas, hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.

Los Aseguradores: Son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL).

Los Prestadores: son las instituciones prestadoras de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales independientes de salud (médicos, enfermeras/os, etc.) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).

Manual de Procesos y Procedimientos: Documento que debe existir en toda empresa en donde se describe la estructura administrativa y organizativa, así como los distintos procedimientos que deben ser seguidos para desarrollar las distintas actividades.

Morbilidad: Mide la frecuencia de enfermedad en una población específica. Se expresa como Incidencia y Prevalencia.

Oferta: Capacidad de producir actividades. Se mide a través de Indicadores de Cantidad

Producción: La producción es la expresión operativa del cumplimiento de la finalidad del servicio. Está constituida por una unidad de producción cuantificable y desagregada según criterios de complejidad institucional, característica de los servicios y sectores de cobertura

Recursos: El término se refiere a los recursos físicos, humanos y materiales involucrados en la producción de bienes o servicios; incluye combinaciones y pesos relativos relacionados con su provisión.

Red de Prestación de Servicios: Conjunto articulado de IPS, ubicados en un espacio geográfico que responde a las características de la ERP, en la prestación de un servicio de salud el cual garantice calidad y respuesta oportuna según las necesidades de la población.

Referencia: Envío de pacientes o ayudas diagnósticas por parte de una IPS a otra IPS para complementar la atención, según el nivel de complejidad y la capacidad de respuesta a lo solicitado.

Régimen Contributivo: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en

Régimen Subsidiado: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad de Seguridad social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen fue creado con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago de cotizar.

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: Base de datos de Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados.

Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización.

Seguridad del Paciente: Propone las estrategias para mejorar el sistema de la salud y la seguridad del paciente, declarada un componente fundamental de la calidad del cuidado. Los pacientes pueden ser especialmente vulnerables a lesiones durante este período porque pueden tener debilidades funcionales y porque la discontinuidad puede ocurrir en la interface del cuidado agudo y del cuidado ambulatorio.

Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud (SOGCS): Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

6.3 Marco Legal

La normatividad que integra el marco legal con sus respectivos conceptos fue tomada de las páginas del Ministerio de salud, en el link normograma.¹²

Constitución Política de Colombia: Este avance jurisprudencial les ha permitido a muchos colombianos y colombianas, amparar su derecho a la salud, mediante acciones de tutela interpuestas ante los jueces de la República, cuando se violenta su derecho por parte de entidades privadas y/o públicas.

Ley 10 de 1990: por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1760 de 1990: por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio de complejidad.

Resolución 14707 de 1991: Por la cual se define la clasificación de las Instituciones por niveles de atención.

¹² <http://www.saludcolombia.com/actual/ultimas.htm>- <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/normograma.aspx>

Decreto 2759 de 1991: Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrareferencia.

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En el artículo 155 se definen los integrantes del sistema.

Ley 715 de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otro. Título III Sector Salud (Nación, Departamentos y Municipios), Modificada por la Ley 1176 de 2007, Ley 1122 de 2007.

El Decreto 1011 de 2006: Define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este enmarca los componentes tanto de carácter obligatorio como voluntario al que deben apuntar las instituciones que pertenecen a él, generando un reto adicional para las instituciones públicas, las cuales además de lo anterior debe cumplir con la Norma Técnica Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 y el Modelo estándar de Control Interno MECI 1000:2005, de manera armónica.

Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

El Decreto 4747 de 2007: Define que el Modelo de atención comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

La Resolución 3047 de 2008: Define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Ley 1438 DE 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones haciendo énfasis en el artículo primero y sobre el objeto de la ley, en el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación de servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Ley 1566 de 2012: Que regula la atención Integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.

El Decreto 19 de 2012 (Ley Anti trámite): Establece el cumplimiento en la oportunidad de la asignación de citas de medicina general y odontología, por parte de los prestadores de servicios de salud.

Resolución 0123 de 2012: Por el cual se define el Sistema Único de Acreditación.

Resolución 4331 de 2012: Del Ministerio de salud y Protección Social, que modifica el procedimiento de autorizaciones y formatos de referencia y contrarreferencia.

Ley 1616 de 2013: Establece la atención integral e integrada en salud para las personas con enfermedad mental.

Ley 1618 de 2013: En su artículo 10 define la atención en salud integral e integrada con enfoque diferencial para las personas con discapacidad.

Resolución 2003 de 2014: Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Ley 1751 del 16 de febrero de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones consagra dentro de los derechos de las personas, relacionados con la prestación de servicios de salud el de recibir atención oportuna en el servicio de urgencias y en el mismo sentido, establece la prohibición a la negación de los servicios de salud cuando se trate de atención de urgencias.

Decreto 2353 de 2015: Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

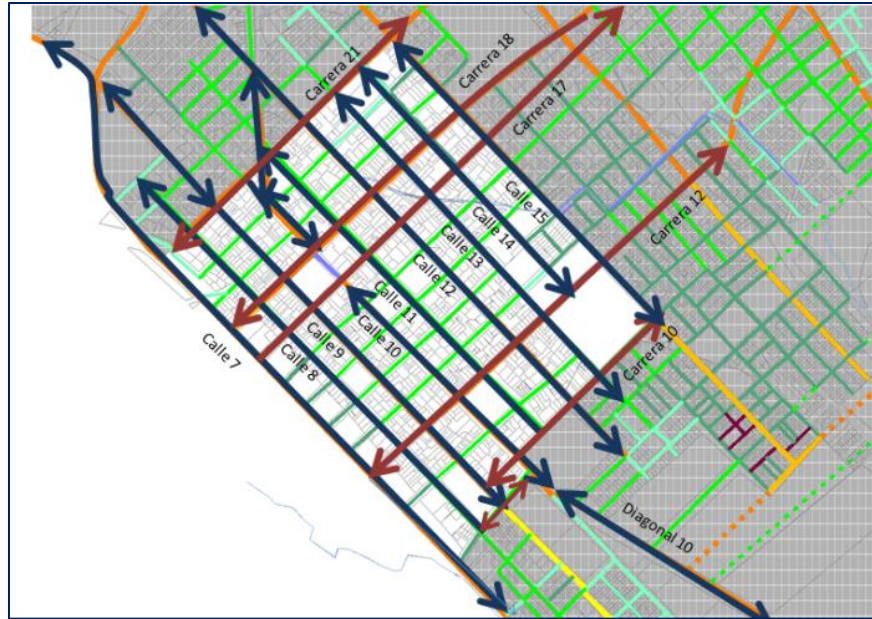
Decreto 780 2016: Por medio del cual se expide el DECRETO Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

6.4 Marco espacial

El Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E, está ubicada en la zona centro del Departamento de Casanare dentro de la red de servicios de salud, establecida por la Secretaria de Salud Departamental, cuenta con una ubicación geográfica estratégica que nos consolida como líderes regionales en la prestación de servicios a usuarios del área urbana y rural de los Municipios de Aguazul, Recetor, Chameza, Maní y Pajarito; con servicios de primer nivel de complejidad y algunos de segundo nivel.

ESE Hospital Juan Hernando Urrego, ubicado en el centro de la zona urbana, entre las calles 11 y 12 y las carreras 15 y 16.

Figura 1. Ubicación de la ESE dentro del municipio Aguazul Casanare



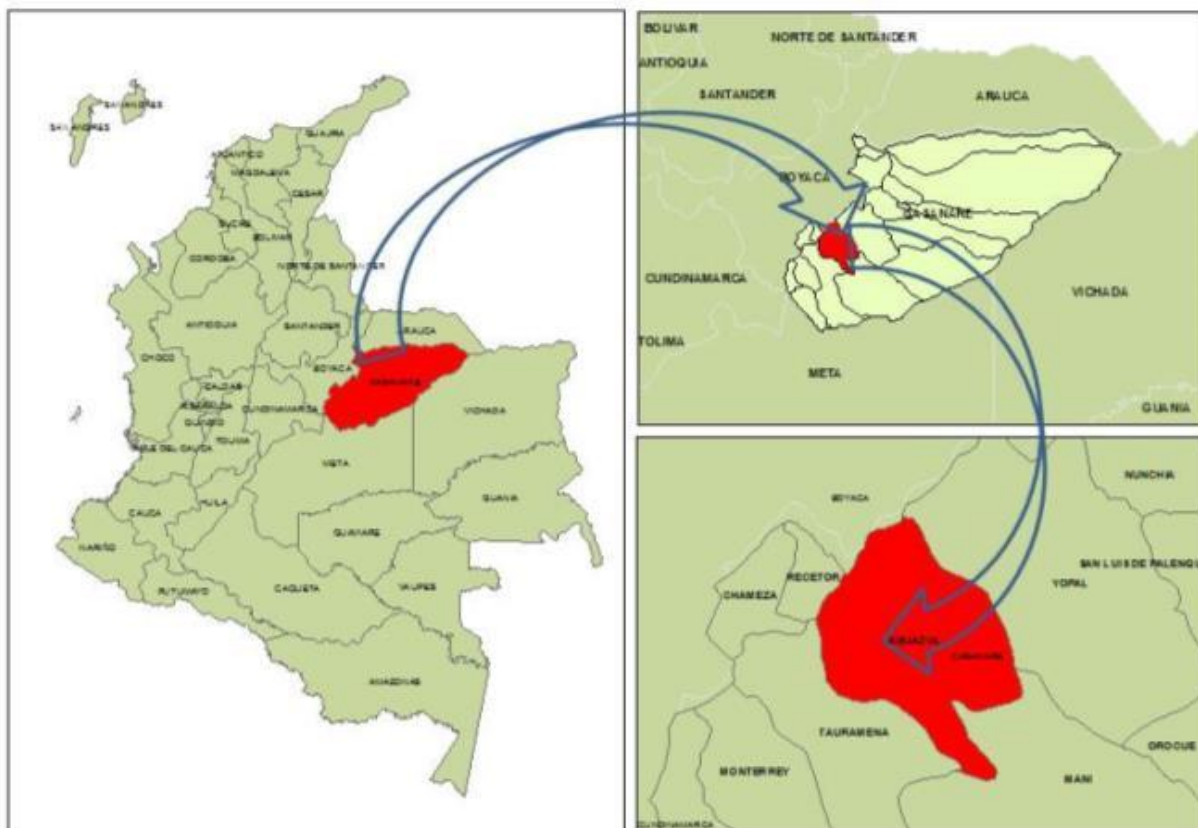
FUENTE: Elaborado por el Consultor Consorcio PBOT Aguazul 2014

Figura 2. Municipio Aguazul Casanare



FUENTE: <http://www.hotelroomsearch.net/city/aguazul-colombia>

Figura3 . Localización general del municipio de Aguazul



FUENTE: Elaborado por el Consultor Consorcio PBOT Aguazul 2014.

Caracterización General del Municipio de Aguazul

Aguazul es un municipio de Colombia, ubicado en el departamento de Casanare, que se encuentra estratégicamente localizado respecto a la capital departamental Yopal y a la capital del país Bogotá, de las que dista 27 Km y 361 Km, respectivamente.

Aguazul presenta un conjunto de vías de acceso terrestres de importancia por ser parte de la región central del Casanare, ubicándose en el cruce de caminos de la vía Marginal de la Selva o Ruta 65 y la Ruta 62, Tramo 05 (Sogamoso – Aguazul) y Tramo 06 (Aguazul – Maní); de esta forma, por vía terrestre, desde Bogotá se puede acceder así al Municipio: Bogotá – Villavicencio – Restrepo – Cumaral – Paratebueno - Barranca de Upía – Villanueva – Monterrey - El venado en Tauramena y Aguazul (con un recorrido de 6 horas, en promedio); Bogotá - El Sisga –

Guateque - San Luis de Gaceno - Cruce Aguaclara - Monterrey y Aguazul; y por la vía Bogotá - Tunja - Sogamoso – Pajarito y Aguazul (con un recorrido 6 horas).

Por vía Aérea, el aeropuerto más cercano se encuentra a 30 minutos y está en la capital del departamento, Yopal; aeropuerto internacional de categoría 8, el Alcaraván.

El municipio limita al norte con los municipios de Pajarito (Boyacá) y Recetor (Casanare), al sur con Tauramena y Maní (Casanare), al oriente con Yopal (Casanare), y al occidente con Tauramena y Recetor (Casanare).

Es un municipio que presenta una extensión total de 148 Km², un área urbana de 4.23 Km² y una extensión área rural de 143.77 Km²; presenta una altitud de la cabecera municipal de 300 metros sobre el nivel del mar y una temperatura media de 27° C.

En términos geográficos, presenta igualmente una situación especial, al encontrarse en las inmediaciones de la Cordillera Oriental, en la zona de transición con las sabanas, el denominado piedemonte llanero, el cual comprende el borde Este de la cordillera oriental y el límite Oeste de la cuenca de los llanos orientales. Cuenta con zonas de grandes pendientes y con zonas planas. Además, su territorio está comprendido y recorrido por tres fuentes hídricas principales: los ríos Cusiana, Únete y Charte y posee tres tipos de paisaje principal, montaña, piedemonte y sabana.

6.5 Marco temporal

El proyecto de investigación contempla los factores externos e internos que han afectado la prestación de los servicios de salud en la ESE Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego durante los últimos años y determina la proyección y viabilidad técnica y financiera.

Recopila la información del hospital entre ella su población, su área de influencia, la competencia, los posibles y nuevos usuarios, las condiciones del mercado, la capacidad física y

de talento humano, de los últimos cinco años, con el fin de que estas variables ayuden a tomar medidas realistas de la producción y la venta de servicios de la institución.

La investigación contiene los problemas reales evidenciados en el análisis de la información, detectando sus causas, para presentar como resultado unas medidas estratégicas que permitan mejorar la calidad en la prestación de los servicios y la estructura financiera del hospital.

La investigación se realiza con el análisis de cifras de los años 2014 al 2016, tres años en los temas de relacionados con morbilidad, mortalidad hospitalaria, análisis de capacidad instalada por servicio, capacidad de oferta con profesionales, análisis de venta de servicios

Igualmente se realiza análisis de producción de servicios, facturación y productividad de los últimos seis años teniendo en cuenta que desde este periodo es que la institución se encuentra en riesgo financiero.

Análisis de cuentas por cobrar y por pagar de la última vigencia año 2016.

6.6 Metodología

6.6.1 Tipo de estudio realizado.

Esta sección tiene por objetivo presentar la manera como fue recolectada, procesada y analizada la información, contiene datos sobre diseño, población estudiada, muestra, instrumentos de recolección, técnicas estadísticas y materiales utilizados.

El principio básico de la metodología es que cada aspecto del proceso productivo se debe y se puede cuantificar para el control y evaluación, así como para proveer la base del mejoramiento continuo en la capacidad de producción de los servicios de salud.

El tipo de estudio que se aplicó en el proyecto de investigación se desarrolló en tres etapas, la primera etapa se inició con un tipo de estudio exploratorio la segunda etapa con un estudio

descriptivo el cual nos proporcionó información estructurada, para realizar finalmente un estudio explicativo como producto del trabajo desarrollado.

El estudio exploratorio nos permitió un primer acercamiento con el problema de investigación en la realidad.

En el desarrollo del estudio descriptivo se buscó el análisis de la población del municipio y de los usuarios afectados con la problemática de la institución, esta información se analizó desde la conformación de la pirámide poblacional de las personas a cargo en su área de influencia y su coherencia con los servicios y el modelo de atención determinado por la institución, con base en análisis estadísticos y fuentes de información Municipal y Departamental.

El proceso de recolección de información se basó en la organización de datos de diversas fuentes, la información fue recopilada mediante la inspección de registros y bases de datos a nivel Nacional como lo es el DANE, a nivel municipal con la oficina del SISBEN, y a nivel institucional a través del sistema Integrado de gestión GCI que maneja la institución, igualmente se obtuvo información del informe SIHO 2193 que se envía de manera trimestral, información de las bases de datos de las EPS del régimen contributivo y régimen subsidiado del municipio y de los registro individual de prestadores de servicios de salud RIPS.

Es necesario hacer notar que los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés.

6.6.2 Población estudiada para el proyecto de investigación.

Población por asegurador o pagador – Municipio Aguazul - 2016

Según la proyección DANE para el año 2016 en el Municipio de Aguazul, se estima que el total de habitantes es de 39.664. Según las bases de datos de las EPS del régimen subsidiado y contributivo, especial y datos del Sisbén, así como también información suministrada por la oficina de aseguramiento territorial, el total de potenciales usuarios es de 32.972.

Tabla No. 1 Potencial usuarios EPS del régimen subsidiado, contributivo y especial.

RÉGIMEN SUBSIDIADO	NO DE USUARIOS	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	NO DE USUARIOS
CAPRESOCA	14.045	CAFESALUD	10.033
CAFESALUD	2.463	NUEVA EPS	2.368
NUEVA EPS	1.875	RÉGIMEN ESPECIAL	910

Fuente: DANE. Estimaciones de población.

De acuerdo a los datos plasmados en el documento de población se toma como referencia el análisis de la situación en salud ASIS.

La población afiliada según asegurador o pagador que nos permitió conocer y verificar la concordancia entre la población afiliada y la contratada con la ESE.

El comportamiento de la pirámide demográfica del municipio de Aguazul se proyecta que para el año 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edad es más avanzadas.

6.6.3 Medidas y pruebas estadísticas aplicadas.

Para proyectar la producción de servicios de la institución fue importante realizar una revisión de los indicadores de uso de los servicios de acuerdo con la población asignada, de esta manera se pudo tener elementos técnicos para proyectar a futuro las ventas de servicios

Indicadores de estructura: Oferta de servicios, programas de atención

Indicadores de proceso: Producción, productividad, morbilidad, oportunidad.

Indicadores de resultados: Equilibrio entre operación y finanzas, porcentaje de participación de los ingresos por ventas de servicios de salud para el financiamiento de la Institución.

Las variables aplicadas en la Investigación fueron cuantitativas expresando en valores y datos numéricos la información.

Igualmente, las variables simples que manifiestan directamente a través de un indicador la información analizada.

Cada paso hace parte de una estructura lógica del crecimiento de la institución hasta alcanzar los niveles necesarios de información y conocimiento de sus procesos para generar toma de decisiones y alcanzar un mejoramiento institucional continuo.

6.6.4 Software utilizado en la recolección y análisis de la información.

SERVIDOR 1 BASE DE DATOS GCI- GESTIÓN CLÍNICA INTEGRADA GCI

Teniendo en cuenta que los procesos de la institución están divididos en dos grandes áreas lo que son procesos Asistenciales y Administrativos, hacen que el producto de un proceso sea la entrada para otro proceso, generan integridad a un solo sistema de información y con base en el mejoramiento continuo, dan origen a la automatización en los diferentes procesos institucionales, permitiendo la integración de las diferentes Tecnologías de la Información. GCI está desarrollado en herramientas con tecnología para motores de base de datos con filosofía SQL

como lo es el Sysbase Central, en frontend articulado con desarrollo visual de PowerBuilder cumpliendo con la dinámica de programación Orientada a Objetos, dando así un Sistema de Información Integral con diseño modular.

Los módulos que la institución tiene licenciados con el proveedor del Sistema de Información y están implantados son los siguientes:

ADMINISTRATIVOS: Contabilidad, Presupuesto, Tesorería, Cartera, Contratación, Suministros, Nómina. Activos Fijos Costos.

ASISTENCIALES: Admisiones, Hospitalización, Urgencias, Historias, Clínicas, Odontología, Facturación, Laboratorio, Clínico, Radiología, Citas Médicas, Sala de partos.

6.6.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

La información analizada fue sometida a clasificación, registro y tabulación.

En lo referente al procesamiento de la información se definió las tablas que representan los resultados obtenidos, y para el análisis de la información se eligieron los gráficos que muestran una mejor representación de los mismos.

Igualmente, los indicadores de uso fueron fundamentales para la medición de la productividad, la población usuaria a quienes están dirigidos estos servicios.

6.6.6 Aspectos importantes del trabajo de campo.

El proyecto se compone de las siguientes fases de desarrollo:

Una etapa de diagnóstico que permitirá identificar el estado actual de la prestación de servicios de salud en la institución.

Una etapa de análisis estadístico y búsqueda sistematizada de información para caracterizar la demanda (población objetivo) donde se identificarán las variables socio demográficas más

importantes de la población, sus problemas de salud (morbilidad y mortalidad), determinantes o factores de riesgo asociados, grupos de edad y tendencias.

Las fuentes bibliográficas principales fueron: Plan de desarrollo institucional de la E.S.E, Análisis de Situación de Salud del Municipio ASIS.

Se realizó un análisis de la morbilidad general por consulta externa y hospitalización de la institución, El portafolio actual de servicios habilitados.

La producción de Servicios se verifico con la información que ha reportado la ESE en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 (SIHO), durante los últimos seis (6) años, calculando la variación anual y el promedio del período.

Se realizó análisis de la productividad por cada uno de los servicios que permitió tomar decisiones frente a la capacidad de la ESE para ofrecer y vender los servicios, así como la capacidad para dar respuesta a la demanda de los usuarios de los diferentes regímenes de aseguramiento.

El Perfil Epidemiológico cuyo objetivo fue proporcionar información que permitió contextualizar el entorno en que funciona la red de servicios y dar una orientación respecto del perfil de problemas de salud.

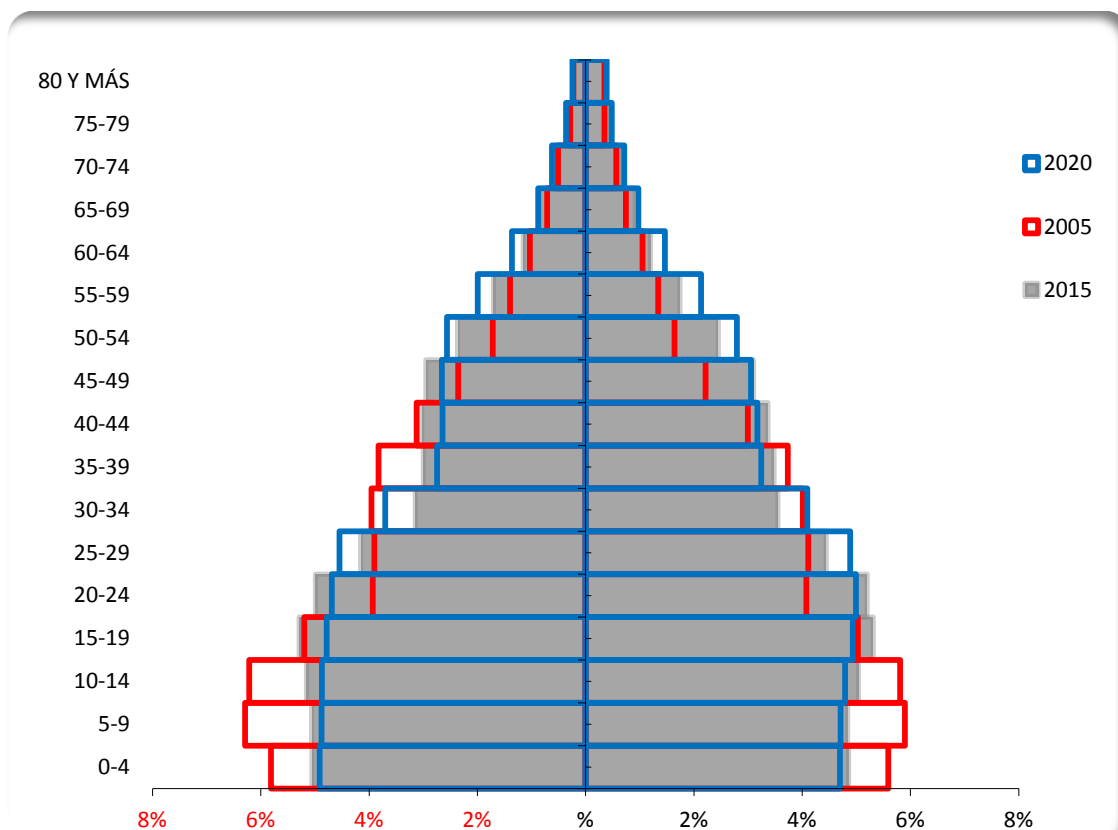
7. ANÁLISIS DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS MÁS RELEVANTES DEL PERFIL DE PRODUCTIVIDAD QUE HAN AFECTADO LA INSTITUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

7.1 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN

7.1.1 Estructura Demográfica.

Al describir y analizar el contexto demográfico se debe tener como referencia la estructura social global de los actores poblacionales. Variaciones y diferencias en el comportamiento pueden ser explicadas en función de las instituciones sociales, el orden socioeconómico, la cultura y el medio ambiente. El comportamiento demográfico está condicionado por factores de la estructura social global como la religión, la economía, el estatus socioeconómico: ocupación, educación, ingreso, los valores y normas sociales, y características del medio ambiente físico y biológico. Los cambios en la población tienen a su vez consecuencias en la estructura, roles y funciones del individuo, familia y comunidad. Esta interrelación entre hechos sociales y demográficos es lo que determina el tamaño, composición y distribución de la población y sus niveles de fecundidad, mortalidad y migración que son los responsables del crecimiento poblacional. El comportamiento de la pirámide demográfica del municipio de Aguazul es regresivo e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad, con un estrechamiento en su base para el año 2015 comparado con el año 2005, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios. Se proyecta que para el año 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas. El grupo poblacional que más se presenta en el municipio de Aguazul para el año 2015, es el de 15 a 19 años de edad, indicando la necesidad urgente de priorizar acciones hacia este grupo poblacional tan representativo.

Figura 4 Pirámide poblacional de Aguazul - Casanare 2005, 2015, 2020



Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

7.1.2 Población por Grupo de Edad.

Aguazul es un municipio conformado por 38.530 habitantes (2015) de los cuales el 75,68% (29.160) reside en el área urbana y el 24,31% (9.370) en el área rural. La proporción de la población por ciclo vital indica que la frecuencia relativa de los grupos de primera infancia e infancia son similares en el año 2015 y 2020, a partir del ciclo vital de juventud se observan modificaciones en la frecuencia relativa, resultando mayores en el año 2020 a partir de la adultez.

De acuerdo a los datos plasmados en el documento de población se toma como referencia el análisis de la situación en salud ASIS.

Tabla 2 Proporción de la población por ciclo vital de Aguazul - Casanare 2005, 2015 y 2020

Ciclo vital	2005		2015		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	3.908	0,12	4.579	0,11	5.118	0,11
Infancia (6 a 11 años)	4.167	0,13	4.608	0,11	5.118	0,11
*Adolescencia (12 a 18 años)	4.385	0,14	5.645	0,13	6.031	0,12
*Juventud (14 a 28 años)	7.628	0,24	11.530	0,27	12.872	0,26
Adultez (29 a 59 años)	9.607	0,31	13.653	0,32	16.243	0,33
Persona mayor (60 años y más)	1649	0,05	2585	0,06	3.326	0,07
Total	31.344	1	42.600	1	48.708	1

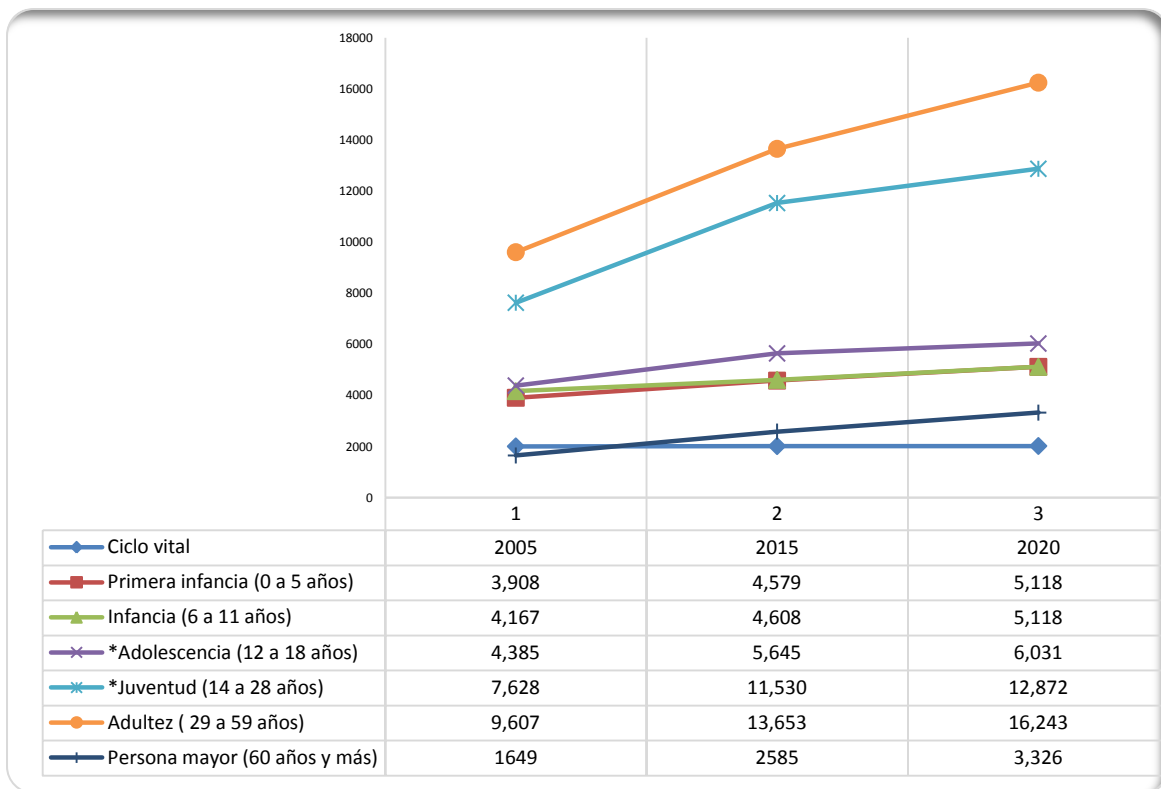
Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

*La población de 14 a 18 años pertenece al grupo adolescencia según la Ley 1098 de 2006 y al grupo de juventud según artículo 5 Ley 1622 de 2013.

Cambio en la proporción de la población por grupos etarios, Aguazul - Casanare 2005, 2015 y 2020

La variación de la población por grupos de edad entre los años 2005 y 2015, en general ha tenido una tendencia al aumento en todos los grupos de edad, siendo mayor en el grupo de 20 a 24 años y de 15 a 19 años. Nótese que para el año 2015 el ciclo vital de juventud aumenta considerablemente.

Figura 5 Cambio en la proporción de la población por grupos etarios, Aguazul – Casanare 2005, 2015 y 2020

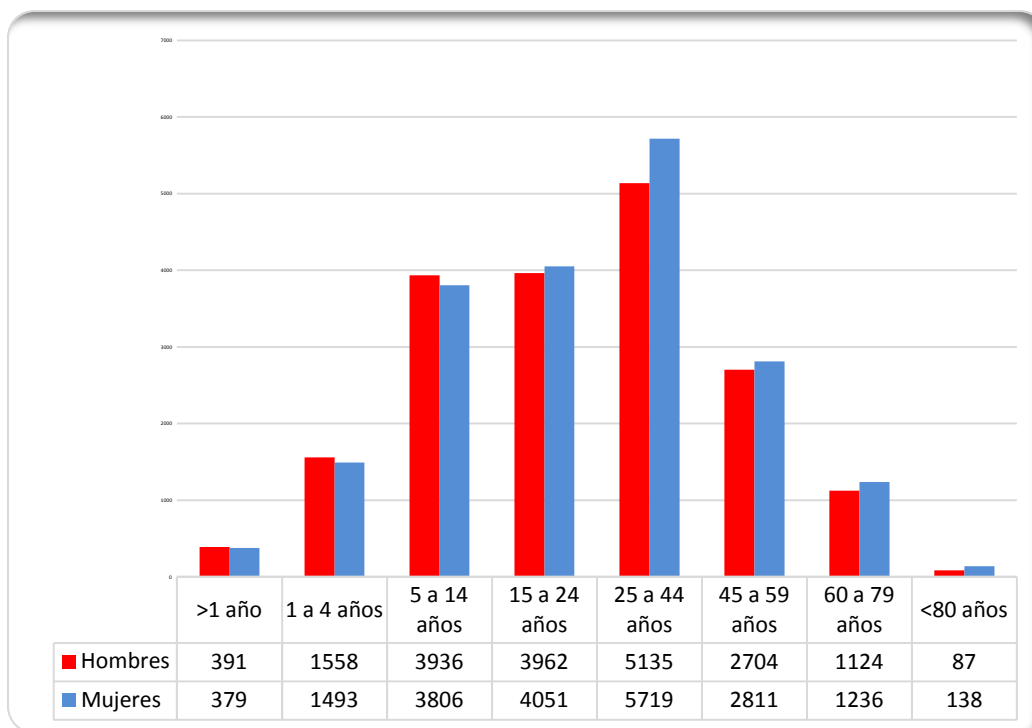


Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985 – 2005 y proyecciones de población 2005- 2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad

Población por sexo y grupo de edad Aguazul, Casanare 2015.

Para todos los grupos de edad, el número de mujeres es mayor que el número de hombres, a excepción de los menores de 1 año y del grupo de 5 a 14 años, siendo más marcada la diferencia en el grupo de 25 a 44. El grupo de edad con mayor población en el municipio de Aguazul es el de 25 a 44 años, seguido del grupo de 15 a 24 años. Los grupos con la menor población son los mayores de 80 años y los menores de 1 año de edad.

Figura 6 Población por sexo y grupo de edad. Aguazul – Casanare 2015.



Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985 – 2005 y proyecciones de población 2005- 2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

7.1.3 Otros Indicadores Demográficos.

El 49,04% (18.897) de la población son hombres y el restante 50,95% (19.633) son mujeres. La relación hombre: mujer ha tenido una variación mínima, pasando de 102 en el año 2005 a 96 en el 2015, lo que significa que por cada 96 hombres hay 100 mujeres.

Razón niños – mujer: Representa la relación entre niños y mujeres en edad fértil. Para el año 2005 por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 44 niños entre 0 y 4 años, para el año 2015 esta cifra descendió a 35.

Índice de infancia: Representa la relación entre los menores de 15 años y la población total. Para el año 2015 la población menor de 15 años corresponde al 30% de la población, un 6% menos que para el año 2005 cuando aportaba el 36% del total.

Índice de juventud: Representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total. En el año 2015 por cada 100 personas, 29 tienen entre 15 y 29 años.

Índice de vejez: Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total.

En el año 2015 de cada 100 personas 7 tienen 65 años y más.

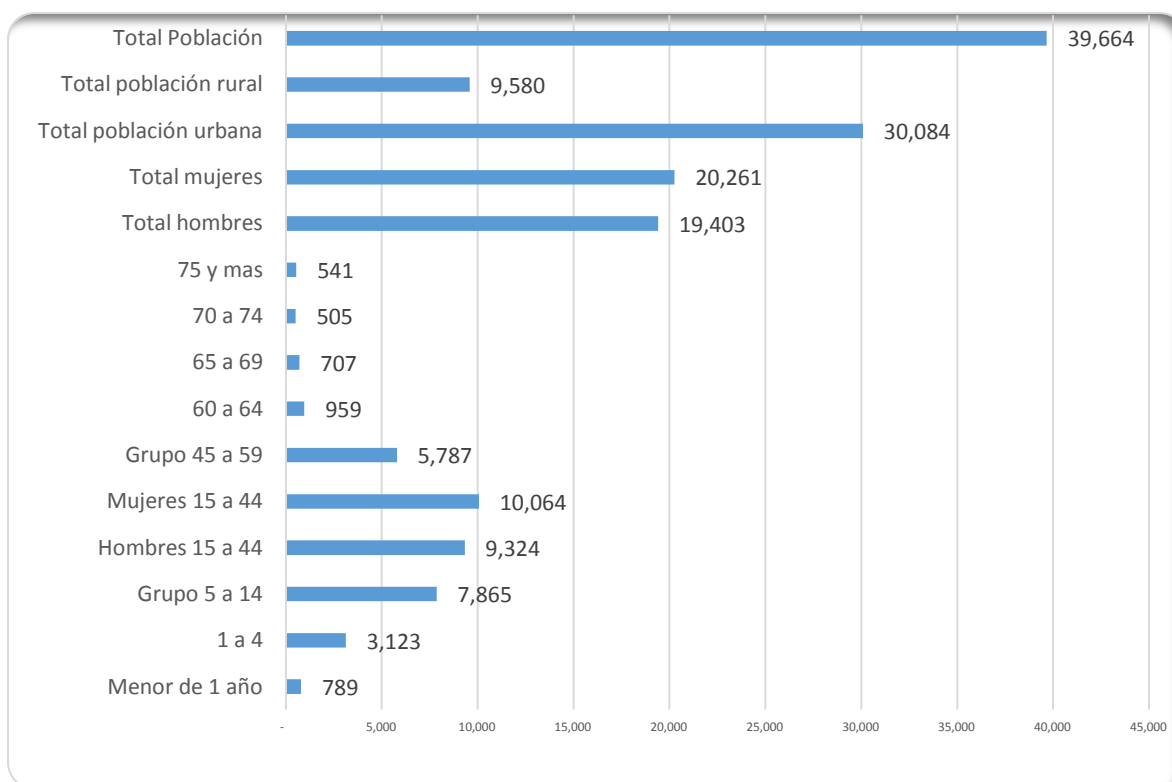
Tabla 3 Otros indicadores de estructura demográfica Aguazul - Casanare 2005, 2015, 2020.

Índice Demográfico	Año		
	2005	2015	2020
Población Total	28.319	38.530	44.395
Población Masculina	14.295	18.897	21.507
Población Femenina	14.024	19.633	22.888
Relación hombres: mujer	101,93	96,25	94
Razón niños: mujer	44	35	34
Índice de infancia	36	30	29
Índice de juventud	26	29	29
Índice de vejez	6	7	7
Índice de envejecimiento	16	22	26
Índice demográfico de dependencia	64,90	52,36	50,45
Índice de dependencia infantil	58,73	45,73	43,43
Índice de dependencia mayores	6,17	6,64	7,02
Índice de Friz	174,84	158,52	152,41

Fuente: DANE. Estimaciones de población 1985 – 2005 y proyecciones de población 2005- 2020

nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad 7.1.4 Población del área de influencia de la E.S.E año 2016.

Figura 7 Población por sexo y grupo de edad. Aguazul – Casanare 2016



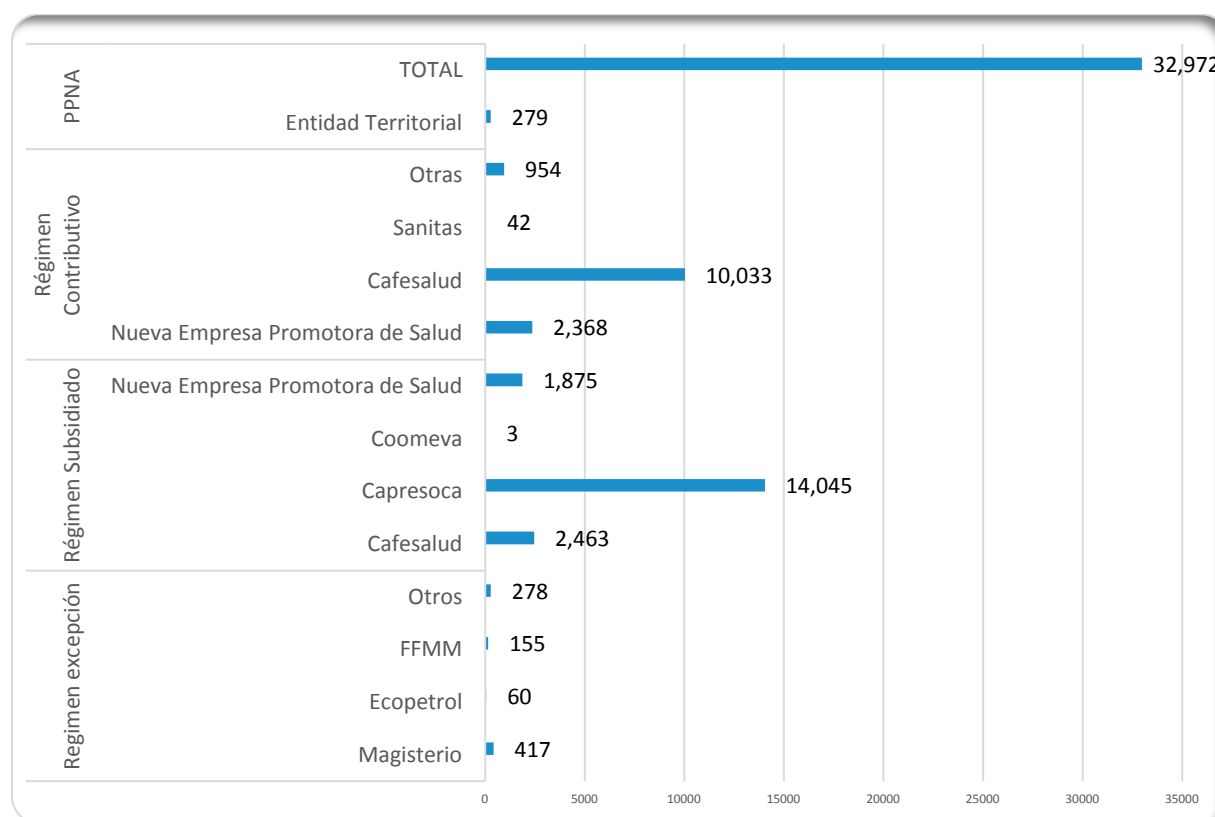
Fuente: Base de Datos DANE

Se toma como referencia del área de influencia la población del Municipio de Aguazul, según las proyecciones DANE para el presente año, el municipio de Aguazul actualmente cuenta con un total 39.664 Habitantes cuya población más representativa corresponde al grupo etario entre las edades de 15 a 44 años donde se resalta que en dichos rangos de edad existe un número determinado que hace referencia a 19.388 habitantes el cual corresponde a casi la mitad de la población, de esta manera la población restante está determinada por un total de 20.276 habitantes los cuales están distribuidos por grupos etarios de la siguiente manera de 0 a 14 años(11.777), 45 a 59 años (5.787), 60 a 75 y más (2.712) lo que indica que la segunda población más representativa se encuentra de las edades de 0 a 14 años aunque no se puede desconocer que en las edades restantes se encuentra una proporción poblacional significativa, de otro lado al hacer una discriminación por sexo se identifica que el número de habitantes que corresponde al sexo

femenino muestra un total de 20.261 que al realizar un comparativo con el sexo masculino cuya proporción poblacional corresponde a un total de 19.403 habitantes se observa que la población más predominante por número de habitantes corresponde al sexo femenino.

7.1.5 Población por Régimen de Aseguramiento 2016.

Figura 8 Población por asegurador o pagador – Municipio Aguazul - 2016



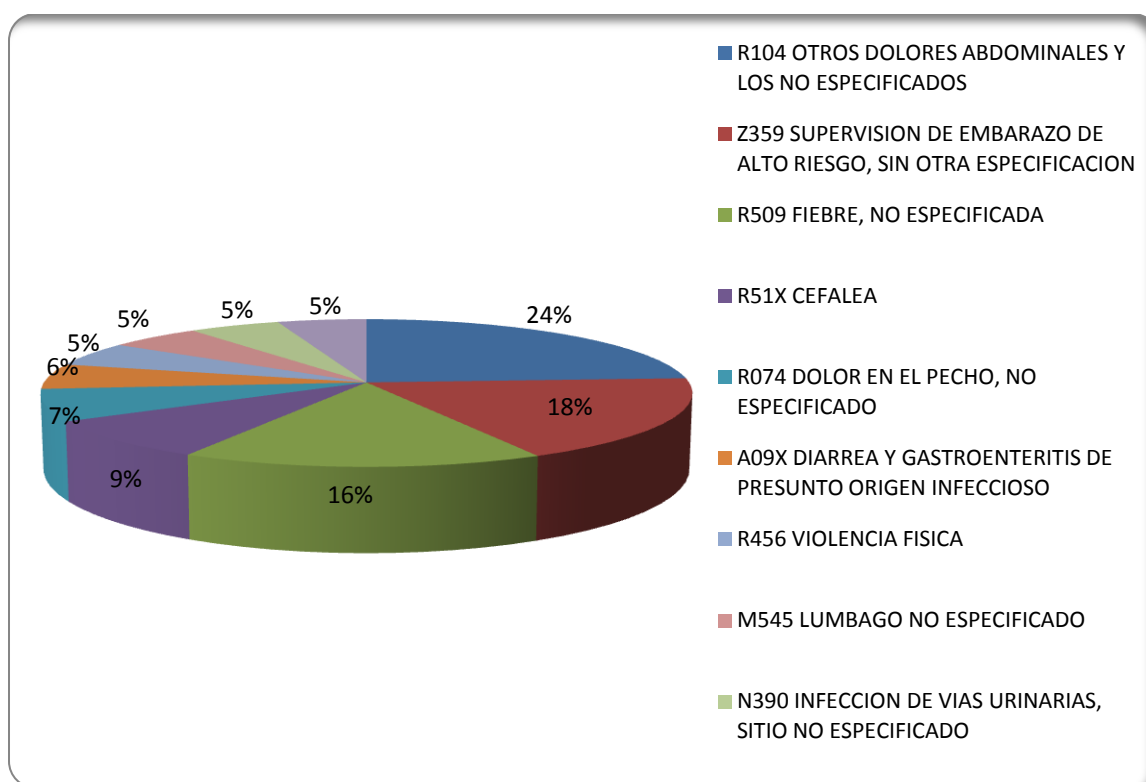
Fuente: Base de datos única de afiliados – oficina de aseguramiento territorial

De acuerdo al presente análisis cabe resaltar que existe una inconsistencia debido a que difiere el número de habitantes dado por las proyecciones del DANE para el año 2016 y el obtenido por las fuentes de las bases de datos de las EPS que contratan los servicios con la institución y la oficina de aseguramiento Territorial.

El Hospital Juan Hernando Urrego de Aguazul actualmente presta servicios a los usuarios de las Eps Capresoca, Nueva Eps de régimen contributivo y subsidiado, así como también entidades del régimen de excepción.

7.2 MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA

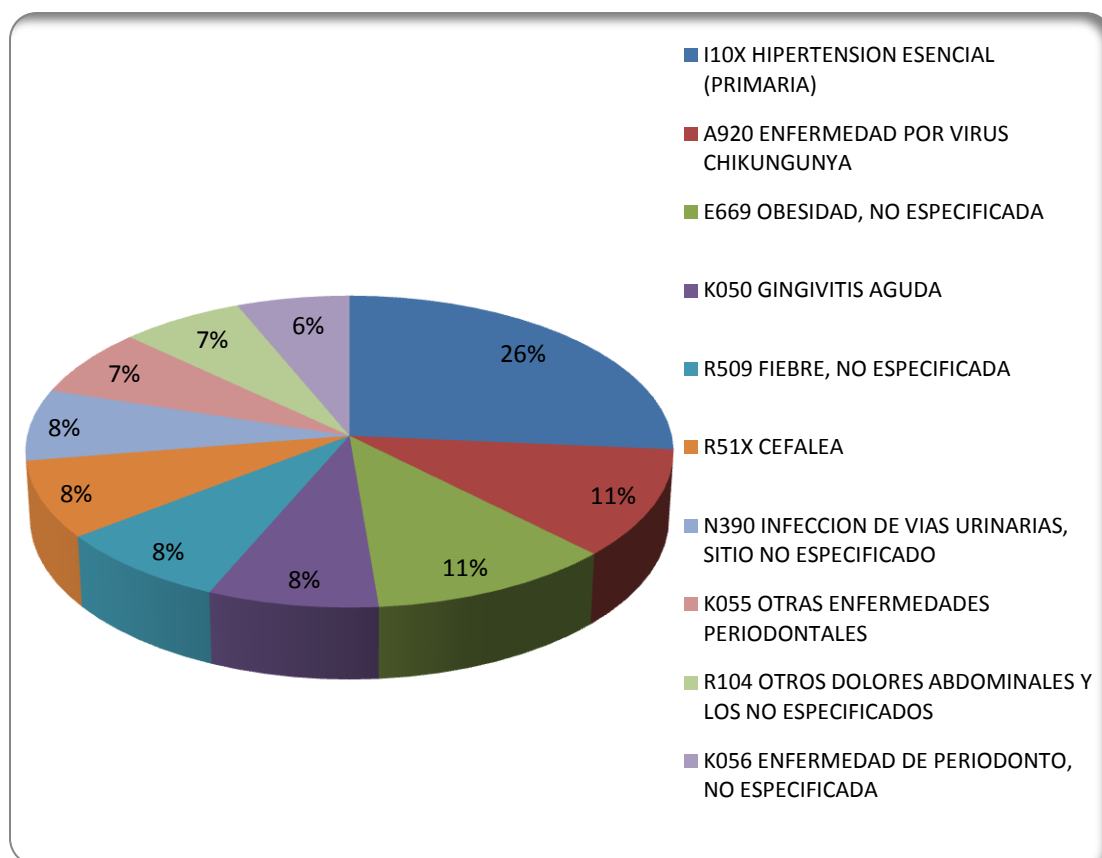
Figura 9 Morbilidad de Consulta Externa 2014



Fuente: RIPS ESE- vigencia 2014

Se observa que la primera causa de atención es dolores abdominales (24%), seguido de Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación (18%) y tercera causa de Fiebre no especificada (16%). Se realizaron 41.771 atenciones médicas.

Figura 10 Morbilidad de Consulta Externa 2015

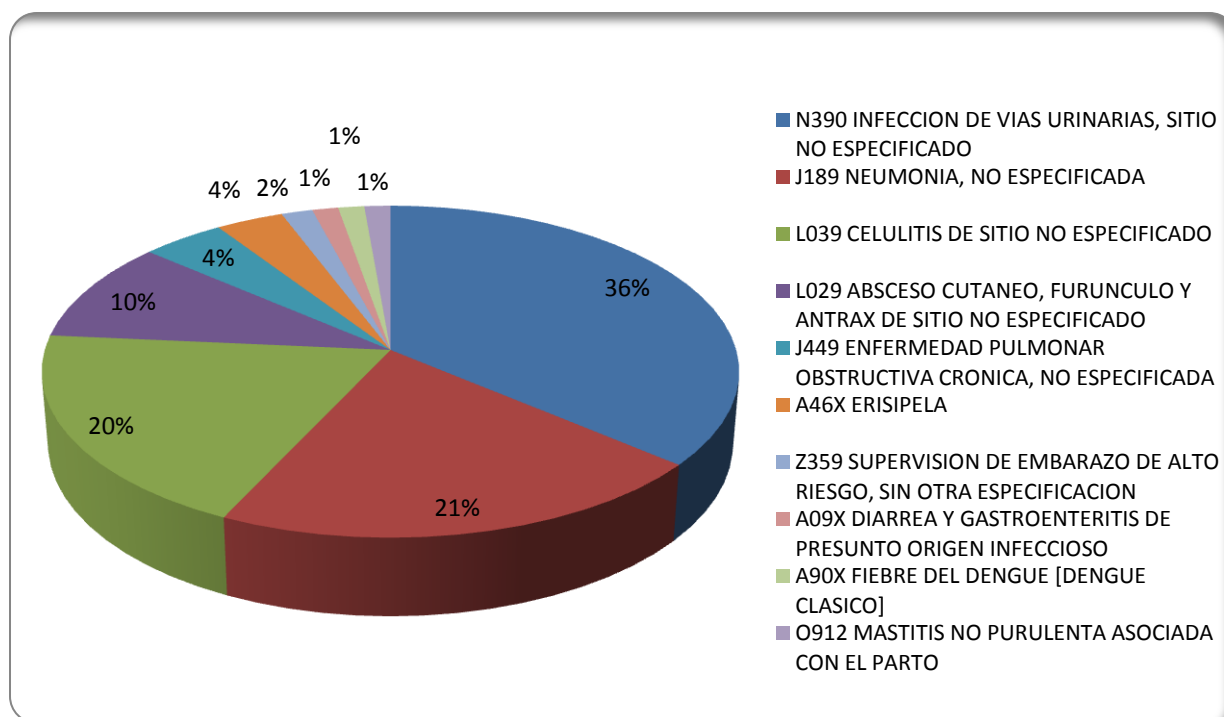


Fuente: RIPS ESE -vigencia 2015

Se observa que la primera causa de atención es Hipertensión esencial (26%), seguida de Enfermedad por virus del Chikungunya (11%) y tercera causa de Obesidad (11%). Se realizaron 76.615 atenciones médicas.

7.3 MORBILIDAD HOSPITALARIA

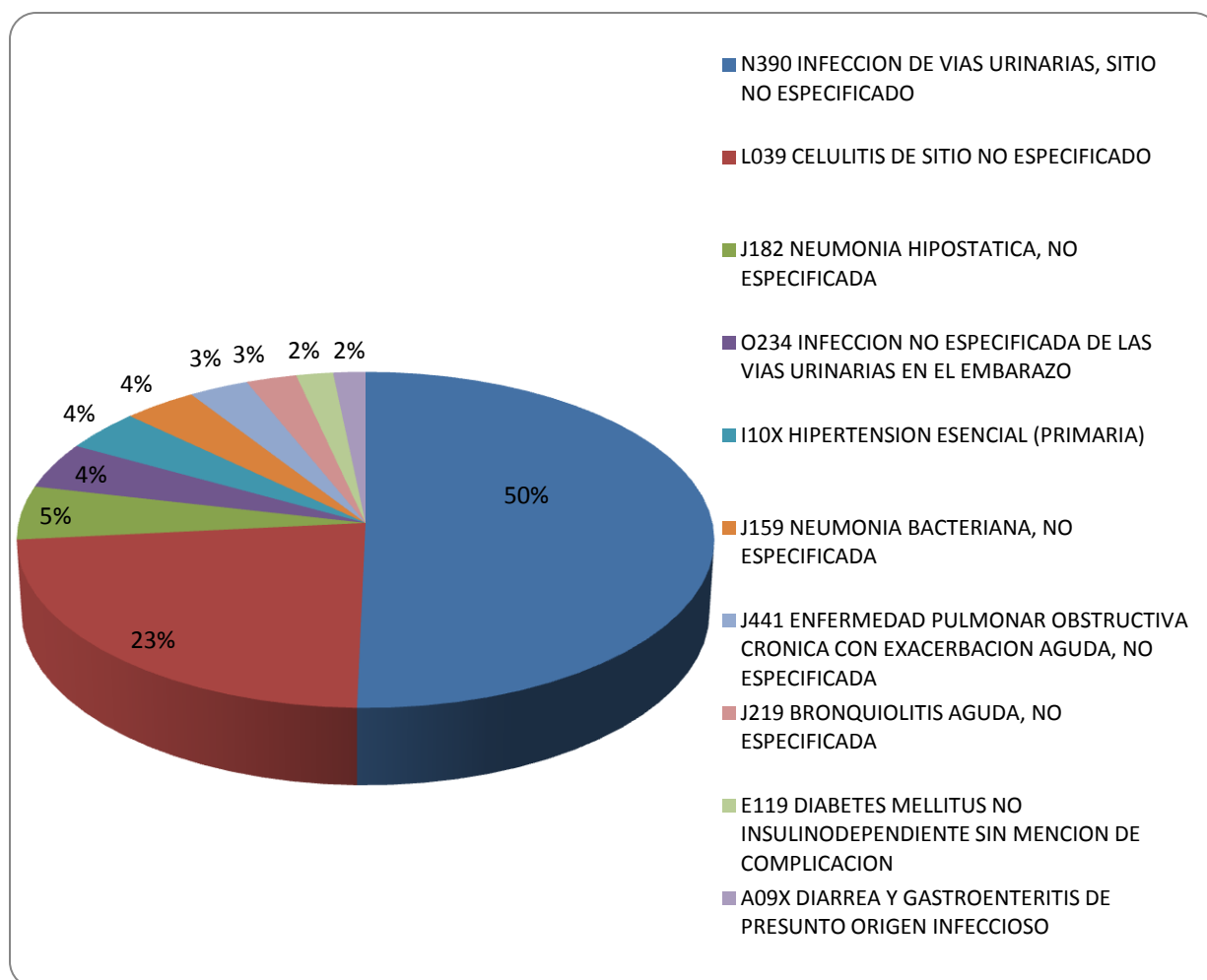
Figura 11 Morbilidad de Hospitalización 2014



Fuente: RIPSESE -vigencia 2014

Se observa la infección de vías urinarias, sitio no especificado como primera causa del 36%, seguida de Neumonía, no especificada con 21% y tercera causa Celulitis de sitio no especificado 20%; total de atención fue de 420.

Figura 12 Morbilidad de Hospitalización 2015

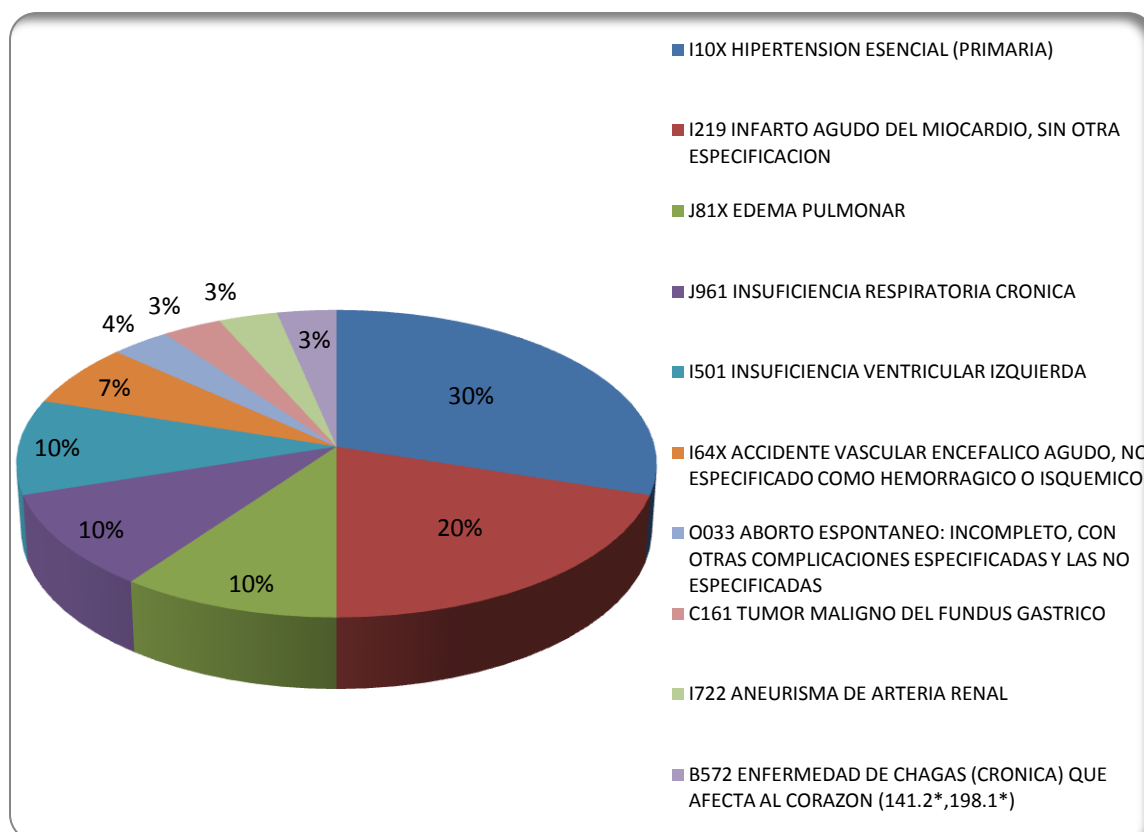


Fuente: RIPS ESE vigencia 2015

Se observa la infección de vías urinarias, sitio no especificado como primera causa del 50%, seguida de Celulitis de sitio no especificado con 23% y tercera causa Neumonía, no especificada 5%; total de atención fue de 616.

7.4 MORTALIDAD GENERAL

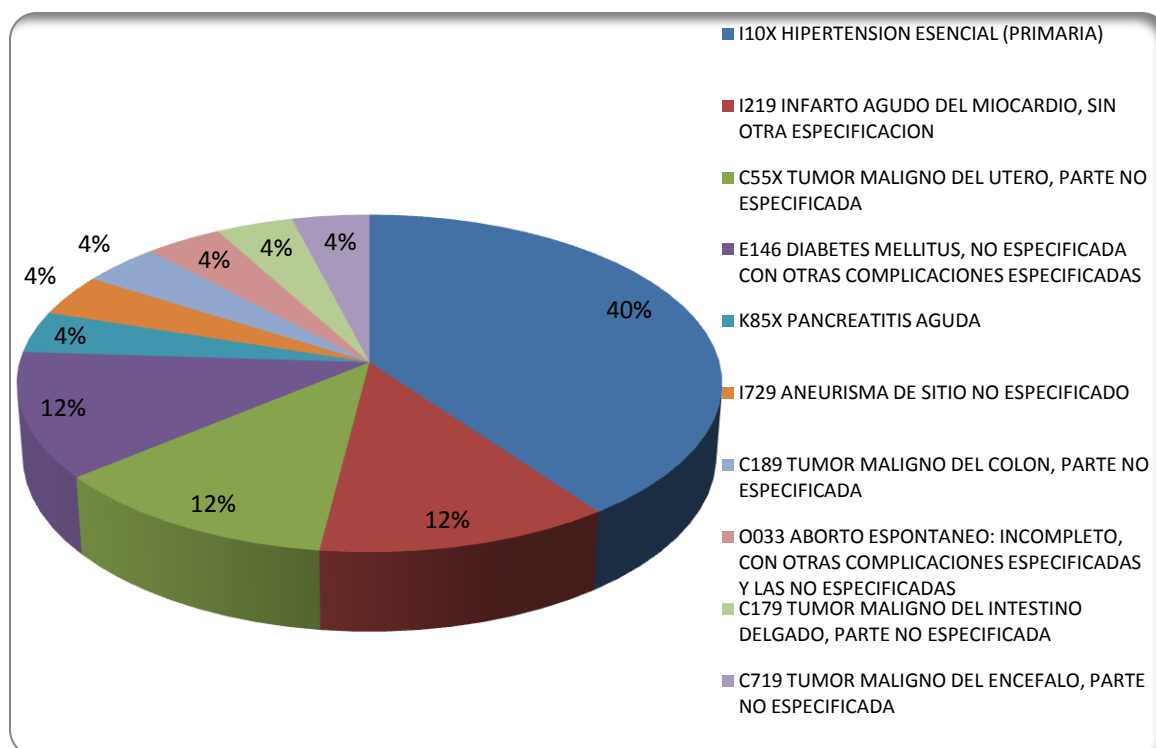
Figura 13 Mortalidad 2014



Fuente: RUAF- Minsalud Vigencia 2014

Se observa la Hipertensión esencial como la primera causa con 30%, seguida de Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación con 20% y tercera causa Edema Pulmonar con 10%; Total de defunciones fue de 44.

Figura 14 Mortalidad 2015



Fuente: RUAF Minsalud- Vigencia 2015

Se observa la Hipertensión esencial como la primera causa con 40%, seguida de Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación con 12% y tercera causa Tumor maligno del útero, parte no especificada con 12%; Total de defunciones fue de 33.

Teniendo en cuenta la capacidad instalada para el servicio de hospitalización se encuentra un registro bajo de atención para el año 2014 y 2015, el promedio de ocupación diaria fue de 1.1 paciente para el 2014 y 1.7 para el 2015. Según la capacidad instalada se pueden atender 35 pacientes día; lo que indica que se sub utilizo dicho servicio; sin embargo, por normatividad vigente se debe garantizar un equipo interdisciplinario, insumos biomédicos y recurso logísticos para su operatividad, incurriendo en el alto costo de funcionamiento frente a la facturación efectiva del servicio.

De acuerdo a la morbilidad para consulta externa se encuentra que la supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación constituye una de las principales causas de atención asistencial,

relacionándose con el perfil poblacional para mujeres entre 14 y 44 años en edad fértil, siendo consistente la prestación del servicio que oferta la institución en consulta externa ambulatoria de gineco-obstetricia.

Las dos primeras causas de muerte en el año 2014 y 2015 fueron hipertensión arterial no especificada e infarto agudo del Miocardio, definidas como enfermedades cardiovasculares y que pertenecen al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles. La hipertensión arterial no es una enfermedad aislada y generalmente los pacientes hipertensos presentan múltiples factores de riesgo asociados que sólo pueden ser explicados por complejas interacciones entre determinantes ambientales y condiciones genéticas de tipo multifactorial; por ello el manejo individual de la hipertensión debe complementarse con intervenciones de tipo poblacional que están muchas veces fuera del alcance del médico clínico y que corresponden más a las políticas en salud pública.

Lo que indica que el hospital debe fortalecer los programas de detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven y alteraciones del adulto e implementarla estrategia "Conoce Tu Riesgo, Peso Saludable" e implementar rutas integrales de atención (RIAS) para enfermedades no transmisibles (ruta integral de atención para hipertensión arterial) con el fin de brindar la información necesarias para que las personas que no han desarrollado la hipertensión pongan en práctica las acciones con el fin de disminuir la ocurrencia de la enfermedad y aquellas personas que ya tienen un diagnóstico de Hipertensión tengan una adecuada adherencia al tratamiento y de esta manera se logre reducir la complicaciones.

7.5 INSTITUCIONES DE SALUD EN EL ÁREA DE INFLUENCIA

El área de influencia de la ESE Hospital de Aguazul cuenta con un promedio de 8 IPS privadas habilitadas, con capacidad instalada en camas y salas, el 80% corresponden a instituciones de

complejidad baja que prestan servicios ambulatorios, y un 20% prestan servicios de complejidad media.

Dentro del Municipio existen otros prestadores de servicios de salud las cuales están habilitadas 18 consultorios como Profesionales Independiente, que prestan servicios ambulatorios, consulta externa, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, odontología, laboratorio clínico, optometría, la única IPS Pública en el Municipio es el Hospital de Aguazul y el Centro de salud de Cupiagua.

El Hospital, por ser de bajo nivel de complejidad, presta servicios de atención básica en salud con enfoque hacia la promoción de estilos de vida saludable y prevención de la enfermedad, en consulta de medicina general, odontología, optometría, hospitalización, urgencias, traslado básico asistencial de Pacientes, enfermería, nutrición, psicología, apoyo diagnóstico, terapéutico y servicio farmacéutico. Además, se ofertan servicios de mediana complejidad ambulatorios de Consulta Externa en Medicina Especializada: Otorrinolaringología, Ginecología. El Portafolio de Servicios del Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E supera la oferta de los prestadores privados.

Las IPS privadas son pequeñas por lo cual sus costos de mantenimiento, logístico, tecnológico y de recurso humano son más bajos, motivo por el cual aceptan negociaciones con tarifas por debajo de lo que estipula la norma en el caso específico de contratación con régimen subsidiado, CAPRESOCA para servicios del grupo de consulta externa.

7.6 ANÁLISIS DE MERCADO Y DE COMPETITIVIDAD

La Institución está ubicada en un punto estratégico del Municipio, las vías de acceso de la población rural, aledaña al casco urbano y área de influencia están en aceptables condiciones que facilita la accesibilidad a los servicios. Se encuentra a aproximadamente a 30 minutos del

Municipio de Yopal centro de referencia de los pacientes a II nivel de atención. La cercanía con el Municipio de Yopal se ha traducido en ventajas y desventajas; en el marco de la consecución de profesionales médicos y especialidades centralizándose la oferta en la ESE pública y/o particular.

El Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E es la única entidad en el municipio que oferta el servicio de urgencias, hospitalización y traslado de pacientes a centros de referencia, debe garantizar costos fijos de recurso humano, insumos, mantenimiento, tecnología, y otros para la prestación del servicio las 24 horas, 365 días del año a los 39.664 (Según DANE) habitantes sin discriminar régimen según SGSSS y sin preaviso de contratación con las diferentes EPS.

Con respecto a los servicios que las IPS prestan, encontramos que las IPS mencionadas anteriormente de baja complejidad la gran mayoría prestan servicios ambulatorios, dentro de los cuales y como fortalecimiento a la red pública encontramos a la Corporación IPS Llanos Orientales IPS. Dentro del área de influencia es la más predominante en afluencia de usuarios y capacidad instalada.

Referente al tipo de población que atiende las IPS del área de influencia, encontramos que el 90% de las IPS privadas, prestan servicios a la población del régimen subsidiado, contributivo y particular.

Revisando la oferta de servicios de la IPS de la zona de influencia del Hospital de Aguazul, encontramos que la competencia directa en el segmento del régimen contributivo y particular se da en primera instancia con la IPS Salud Casanare, Centro de atención e investigación médica CAIMED S.A.S., Corporación IPS Llanos Orientales. En cuanto a los servicios se observa que son IPS de baja y media complejidad cuyo enfoque está orientado a la venta de servicios a

compañías de medicina prepagada, aseguradoras, – ARL, planes complementarios, planes empresariales y pacientes particulares.

La modalidad de contratación propuesta por las EPS del régimen subsidiado es la capitación a muy bajo porcentaje de la UPC, sin tener en cuenta el valor diferencial aplicable al municipio de Aguazul. El Hospital no puede en algunas oportunidades contratar estos servicios a las tarifas ofrecidas, lo que provoca que las EPS contraten la prestación de los servicios de salud con las IPS privadas, quienes tienen unos costos fijos más bajos para poder operar, dejando únicamente los contratos de Urgencias y Hospitalización con la red pública, los cuales, debido al alto costo causado por la prestación de los mismos, además de la dificultad para el recaudo de los servicios facturados. La mayor dificultad en el recaudo se presenta con las EPS de otros departamentos debido a que las empresas aplican glosas injustificadas y la conciliación de las mismas o el cobro jurídico es más oneroso que el valor adeudado.

Con respecto a las tarifas aplicadas por cada IPS para la venta de sus servicios el 70% de las IPS establecen tarifas institucionales, y el 30% aplican la venta a tarifario SOAT vigente modalidad establecida por normatividad vigente por las IPS públicas.

7.7 ASPECTOS INSTITUCIONALES

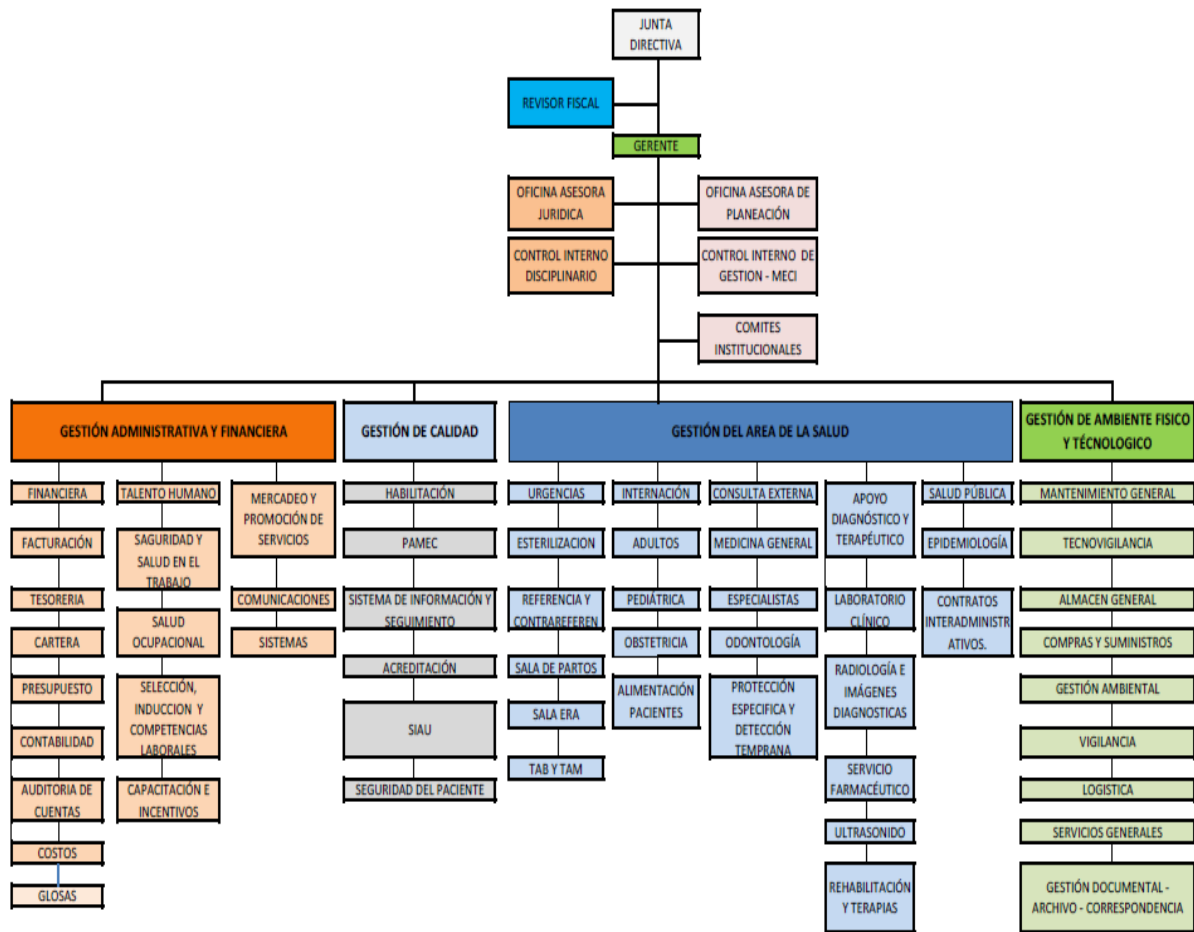
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO DE AGUAZUL, identificada con NIT 844.001.355-6 y con domicilio en el Municipio de Aguazul Casanare, es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículo 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios y adscrita a la Secretaría Municipal de Salud del Municipio de Aguazul Casanare.

Creada mediante acuerdo N° 041 proferido por el Concejo Municipal de Aguazul el diez (10) de diciembre de 1996. La jurisdicción de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO DE AGUAZUL CASANARE, es el territorio del Departamento de Casanare en donde la empresa una vez articulada a la Red de prestadores de servicios sea centro de referencia.

El nivel de atención de la ESE es de primer nivel, aparece en el Registro Especial de Prestadores con el código No. 8501000190.

La dirección de la gerencia de la institución está a cargo de la Doctora Ingrid Johana Velandia Avella, la cual fue nombrada como Gerente mediante Decreto 0062 del 30 de septiembre del 2016 y Acta de posesión N.º 045 del 30 de Setiembre del 2016.

Figura 15 Organigrama



7.8 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

7.8.1 Visión.

En el 2020 seremos una institución con un portafolio de servicios ampliado y fortalecido en mediana complejidad, una adecuada infraestructura física y tecnológica; brindando a los usuarios servicios oportunos, seguros y ajustados a los más altos estándares de calidad, desarrollando un modelo de atención en salud con responsabilidad social, que garantice la sostenibilidad administrativa y financiera de la entidad.

7.8.2 Misión.

En nuestra Empresa Social del Estado Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego, prestamos servicios de salud de baja y mediana complejidad, con prioridad en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; con un equipo humano direccionado al fortalecimiento del Sistema de Garantía de la Calidad, tecnología biomédica ajustada al nivel de atención, proyectados al mejoramiento de la infraestructura para ofrecer seguridad y bienestar a los Valores

Institucionales: Calidad humana, Responsabilidad, Liderazgo, Ética profesional, Transparencia.

Principios institucionales, Compromiso institucional, Eficacia y Eficiencia de recursos, Gestión, publicidad y celeridad en los procesos. usuarios.

7.8.3 Objetivos Institucionales.

- Fortalecer y ampliar el portafolio de servicios de mediana complejidad, garantizando la accesibilidad, oportunidad y una atención con calidad a los usuarios del hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E.
- Realizar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, al sistema MECI, a través del mejoramiento continuo de los procesos y un sistema gerencial con resultados en la atención y satisfacción de los usuarios.
- Lograr la viabilidad administrativa y financiera de la entidad mediante el fortalecimiento de la productividad, venta y mercadeo de servicios, gestión de costos y la optimización de recursos.
- Gestionar recursos del orden Departamental y Nacional, por medio de la presentación de proyectos, para la ampliación, mejoramiento de la infraestructura y los sistemas de

información que respondan a las necesidades y características técnicas requeridas para la prestación de servicios, garantizando un ambiente seguro para los usuarios y empleados.

8. OFERTA DE SERVICIOS DE LA E.S.E.

Tabla 4 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

PORTAFOLIO DE SERVICIOS		
HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO E.S.E		
GRUPO DEL SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO	COMPLEJIDAD
INTERNACIÓN	GENERAL ADULTOS	BAJA
	GENERAL PEDIÁTRICA	BAJA
	OBSTETRICIA	BAJA
CONSULTA EXTERNA	CARDIOLOGÍA	MEDIA
	ENFERMERÍA	BAJA
	GINECOBISTETRICIA	MEDIA
	MEDICINA GENERAL	BAJA
	MEDICINA INTERNA	MEDIA
	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	BAJA
	ODONTOLOGÍA GENERAL	BAJA
	OFTALMOLOGÍA	MEDIA
	OPTOMETRÍA	BAJA
	OTORRINOLARINGOLOGÍA	MEDIA
	PEDIATRÍA	MEDIA
	PSICOLOGÍA	BAJA
URGENCIAS	SERVICIO DE URGENCIAS	BAJA
TRANSPORTE ASISTENCIAL	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	BAJA

APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	MEDIA
	LABORATORIO CLÍNICO	MEDIA
	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	BAJA
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	BAJA
	SERVICIO FARMACÉUTICO	BAJA
	ULTRASONIDO	MEDIA
	TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS	BAJA
	TERAPIA OCUPACIONAL	BAJA
	TERAPIA RESPIRATORIA	BAJA
	ECOCARDIOGRAFÍA	MEDIA
	FISIOTERAPIA	BAJA
	FONOAUDIOLOGÍA Y/ TERAPIA DE LENGUAJE	BAJA
	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	BAJA
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO	BAJA
	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	BAJA
	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	BAJA
	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	BAJA
	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	BAJA
	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	BAJA
	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	BAJA

	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	BAJA
	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	BAJA
	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	BAJA
	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	BAJA
	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	BAJA
PROCESOS	ESTERILIZACIÓN	BAJA
OTROS SERVICIOS	ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA	BAJA
Fuente: Registro Especial del Prestadores, Ministerio de Salud y Protección Social		

La ESE Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego es una entidad de baja complejidad responsable de garantizar la prestación de servicios de salud en el municipio de Aguazul, cuenta con un total de 44 servicios habilitados distribuidos así:

Tabla 5 SERVICIOS HABILITADOS

Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	13
Consulta Externa	12
Internación	3
Procesos	1
Protección Específica y Detección Temprana	13
Transporte Asistencial	1
Urgencias	1

Fuente : Registro Especial de prestadores de Salud.

La ESE Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego cuenta con dos sedes una principal ubicada en el casco urbano del municipio de Aguazul y otra rural en la vereda Cupiagua.

Los servicios relacionados anteriormente, se encuentran incluidos en el Programa Territorial de Reorganización Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado, definido por la Secretaría de Salud de Casanare y viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo a la red aprobada por el Departamento y a los servicios actualmente habilitados, la ESE debe satisfacer las necesidades de atención en salud de los usuarios y sus familias, en todos los servicios de baja y mediana complejidad incluidos en el documento de Red.

El Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego, cuenta con una ubicación geográfica estratégica que nos consolida como líderes regionales en la prestación de servicios de baja y algunos de mediana complejidad. Nos hace parte en la solución a la crisis que se evidencia en la prestación de los servicios, los cuales se hallan centralizados en la capital del Departamento. De esta manera la E.S.E., contribuye a mejorar la oportunidad de la atención en la prestación de los servicios, ya que la Institución cuenta con un paquete de servicios que garantiza la atención integral.

En lo relacionado con la competencia en la prestación de los servicios de salud de baja complejidad, el posicionamiento institucional es muy fuerte. Se constituye en única oferta de servicios de atención de urgencias, partos, hospitalización, consultas de medicina especializada e imagenología, en el municipio.

El Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E, enmarcado en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) tiene como objetivo la provisión de servicios de salud a las y los

usuarios de forma individual y colectiva de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, con el propósito de lograr satisfacción de los usuarios, para así dar cumplimiento a cada uno de los atributos de la calidad: accesibilidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguridad.

Se ha hecho un gran esfuerzo por dar el primer paso, el cual es contar con sus servicios habilitados y certificados, iniciando el proceso de autoevaluación y diagnóstico, con un equipo comprometido en la implementación del proceso, optimizando los recursos institucionales y gestionando con los entes territoriales para el mejoramiento de la infraestructura con el fin de brindar a la población un mejor servicio, atención más humana, cálida y segura.

8.1 CAPACIDAD INSTALADA

El Hospital de Aguazul cuenta con un edificio de dos plantas. En la primera planta funcionan los servicios de: Consulta externa de medicina general, odontología, laboratorio clínico, medicina especializada, rayos x, rehabilitación, urgencias, sala de partos, áreas de mantenimiento, área de admisiones, restaurante, lavandería y almacenamiento final de residuos no peligrosos y peligrosos, archivo central y de historias clínicas y bodegas.

En la segunda planta funcionan los servicios de: Hospitalización y Área administrativa. El hospital cuenta además con el centro de salud de Cupiagua.

En la siguiente tabla se realiza un resume de la capacidad instalada de la institución donde se describe el servicio con su recurso físico, humano y horarios de Atención.

Tabla 6 servicio con su recurso físico, humano y horarios de Atención.

SERVICIO	RECURSO FÍSICO	RECURSO HUMANO	HORARIOS DE ATENCIÓN
CONSULTA EXTERNA			
No de oficinas de Atención al Usuario	1	1 profesional, 2 auxiliares	Lunes a viernes de 7 am a 5 pm

No de Consultorios de Medicina General	7	7 médicos, 2 auxiliares	Lunes a viernes de 7 am a 6 pm
No de Consultorios de Medicina Especializada	5	3 profesionales	De acuerdo a programación
No de Consultorios Odontológicos	4	7 profesionales, 2 auxiliares	Lunes a sábado de 7 am a 7 pm
No de Áreas para Laboratorio Clínico	1	4 profesionales, 4 auxiliares	24 horas todos los días, todos los días.
No Consultorios de Promoción y Prevención Enfermería	4	5 profesionales, 2 auxiliares	Lunes a viernes de 7 am a 5 pm
No de consultorios para Vacunación	1	4 auxiliares	Lunes a viernes de 7 am a 5 pm
No de Áreas de Farmacia	1	1 regente, 3 auxiliares	24 horas todos los días
No de Áreas de Rayos X	1	3 técnicos	24 horas todos los días
No de Consultorios de Fisioterapia	2	2 profesionales, 1 auxiliar	Lunes a viernes de 7 am a 7 pm
No de Consultorios de Terapia Respiratoria	1	2 profesionales, 1 auxiliar	Lunes a viernes de 7 am a 7 pm
No de Consultorios de Fonoaudiología	1	1 profesionales	Lunes a viernes de 7 am a 7 pm
No de Consultorio de Terapia Ocupacional	2	2 profesionales	Lunes a viernes de 7 am a 7 pm
URGENCIAS			
No de Consultorios de Urgencias	4	10 médicos 3 enfermeras jefes, 1 instrumentadora 14 auxiliares de enfermería 3 camilleros.	24 horas todos los días
No de salas de procedimientos generales (sala de yesos, suturas y reanimación, rehidratación)	1		24 horas todos los días
No de salas de curaciones	1		24 horas todos los días
No de camas de observación	10		24 horas todos los días
No de salas ERA	1		24 horas todos los días
No de Ambulancias Traslado Asistencial Básico	2	4 conductores ambulancia	24 horas todos los días
ATENCIÓN DE PARTOS			
No de salas de atención al parto	1	1 medico	24 horas todos los días
HOSPITALIZACIÓN			
No de Camas adultos	16	2 médicos, 2 enfermeras jefes, 6 auxiliares	24 horas todos los días
No de Camas pediátricas	9		24 horas todos los días
No de Camas Obstétricas	4		24 horas todos los días

FUENTE: Oficina de planeación y calidad.

8.1.1 Oficina De Servicio De Atención Al Usuario.

La oficina del SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario) Este servicio de atención al usuario cuenta con un profesional y dos auxiliares, los cuales prestan apoyo al proceso de admisiones se creó con el objetivo de orientar al usuario y su familia sobre los trámites de ingreso, las inquietudes con respecto a los servicios de atención, información sobre el portafolio de servicios, solicitud de citas, así como la búsqueda de mecanismos para el cumplimiento de los deberes y derechos de los usuarios. Su objetivo es brindar atención e información personalizada mediante la escucha y respuesta oportuna.

8.1.2 Consulta De Medicina General.

Se cuenta para este servicio con 7 consultorios médicos y es atendido por 7 profesionales y dos auxiliares de enfermería como apoyo al servicio, el horario de atención es de lunes a viernes durante diez horas diarias de 7 am hasta las 6 pm con receso de una hora al medio día. En los años anteriores este servicio solo contaba con 6 consultorios médicos.

8.1.3 Consulta De Medicina Especializada.

El hospital cuenta con 5 consultorios para los servicios habilitados de Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Oftalmología, otorrinolaringología y Cardiología. Además de las especialidades lo servicios de optometría, psicología clínica y nutrición y dietética.

Para este año solo se están prestando los servicios de psicología, otorrinolaringología y ginecología, para las especialidades de medicina interna, cardiología y pediatría, ha resultado difícil conseguir el personal requerido para la prestación de estos servicios.

Los servicios de optometría y oftalmología, no se están ofertando este año ya que las EPS no contratan estos servicios directamente con la Institución, sino que muchas veces autorizan la atención en el Municipio de Yopal o con Instituciones privadas.

8.1.4 Consulta De Odontología General.

Para la prestación de este servicio se cuenta con cuatro consultorios para atención odontológica incluyendo un consultorio para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención en salud oral. El servicio es prestado por 7 profesionales en odontología contratados para prestar el servicio por seis horas diarias de lunes a viernes, durante 24 días al mes incluyendo los sábados y dos auxiliares de salud oral para apoyar todo el servicio.

8.1.5 Laboratorio Clínico.

Dentro de esta unidad de producción contamos con un área para procesamiento y toma de muestras de laboratorio, se cuenta con el recurso humano suficiente para prestar los servicios a los usuarios de las EPS que contrata con el hospital, los exámenes diagnósticos de baja complejidad por consulta externa y lo requerido por urgencias y hospitalización.

En cuanto al servicio de laboratorio clínico contamos con 5 Bacteriólogas contratadas en la modalidad de prestación de servicios y 4 auxiliares de laboratorio. Cada Bacterióloga realiza turno de 7 horas y 12 horas quien se encarga de cubrir el servicio de consulta externa, urgencias y hospitalización, de esta forma se garantiza la disponibilidad del servicio las 24 horas. Las horas promedio mes de cada profesional es de 192 h.

8.1.6 Servicio de Promoción y Prevención.

Este servicio cuenta con 4 consultorios de enfermería para el desarrollo de los controles de los diferentes programas de detección temprana y de protección específica y área para la toma de citologías y consultas médicas de PyP, se tiene contratado 3 jefes de enfermería, un médico y una auxiliar para prestar el servicio de lunes a viernes durante 8 horas diarias.

Se realizan actividades de P y P como consulta de primera vez de la gestante, consulta de control prenatal, consulta primera vez de crecimiento y desarrollo, atención al joven y la atención del adulto mayor.

8.1.7 Atención En Planificación Familiar Y Detección Temprana De Cáncer De Cérvix.

Se Cuenta con profesionales de enfermería idóneas para el desarrollo de estos dos programas de promoción y prevención. Las profesionales realizan consulta de lunes a viernes de en horario de 7 a 6 de la tarde. Se garantiza la entrega de los anticonceptivos y te ofrece una amplia gama de los mimos, implante su dérmico, DIU, anticonceptivos orales mensuales inyectables trimestrales y mensuales y preservativos.

Con respecto a la detección temprana de CA de cérvix, se ha garantizado la toma y envió de las muestras al laboratorio contratado, entregado resultados a los 15 días y contactando a las usuarias con resultados alterados para realizar el apoyo en la gestión de las citas por especialista pertinentes.

8.1.8 Consulta De Atención Del Joven Y Atención En Crecimiento Y Desarrollo A Menor De 10 Años.

Se ha contado con profesionales de enfermería en la atención a menores de 10 años y atención en jóvenes. Los profesionales entrenados y certificados en asesoría pre vih.

Se realiza el apoyo durante todo el año en cuanto al reporte de atenciones de crecimiento y desarrollo al enlace municipal de familias en acción. Este trabajo se ha realizado articulado mente con el enlace municipal a fin de garantizar la entrega de los beneficios a los niños objeto del programa.

8.1.9 Vacunación.

Se presta servicio de vacunación institucional en un consultorio destinado para tal fin con todos los requisitos de habilitación. El servicio es ofertado con dos auxiliares de enfermería debidamente capacitadas, garantizando a toda la niñez del municipio en su área urbana y rural el esquema completo del PAI. El Horario de atención es lunes a viernes de 7:30 am a 11:30 am y de 2:00 pm a 5:30 pm.

8.1.10 Farmacia.

La institución cuenta con área destinada para la farmacia la cual brinda un servicio de 24 horas para urgencias y servicio de dispensación de medicamentos a los diferentes usuarios por consulta externa de lunes a viernes en horario de 7 am hasta las 7 pm, este servicio cuenta con un regente de farmacia y tres auxiliares de farmacia. Dispone de medicamentos POS, para los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa.

8.1.11 Rayos X.

Este servicio cuenta con un área independiente que cumple con los estándares de habilitación, el servicio se presta las 24 horas para urgencias y hospitalización, y de lunes a viernes para atención por consulta externa con cuatro técnicos de rayos x.

8.1.12 Área de Rehabilitación.

Esta área cuenta con 6 consultorios para los servicios de terapia física, respiratoria, ocupacional, de lenguaje y fonoaudiología. Cuenta con dotación necesaria en cada consultorio. En horario de lunes a viernes de 7 am hasta las 7pm, La terapia respiratoria se presta además de consulta externa en los servicios de urgencias y hospitalización, para el servicio de rehabilitación se tienen contratadas 7 profesionales con un promedio de 6 a 8 horas diarias.

8.1.13 Urgencias.

Relacionando la capacidad instalada para prestar urgencias se cuenta con tres consultorios de consulta de urgencias, 1 consultorio para triage, una sala general de procedimientos menores, suturas, yesos reanimación, rehidratación, una sala de curaciones y micro nebulizaciones para adultos, una sala de espera, existen tres áreas de observación distribuidas para hombres, mujeres y pediatría.

En la Institución con las horas requeridas para cubrir las 24 horas, los 365 días del año, se tiene previsto un total de 14 médicos de 192 horas por mes, incluyendo los dos médicos en servicio social obligatorio. El cumplimiento de lo anterior garantiza una prestación humanizada, segura y de calidad a los usuarios.

Actualmente se encuentra implementada la ruta de atención del código gris, la cual ha sido objeto de revisión por parte de la Secretaria Departamental de Salud.

Se realizaron los ajustes al proceso de atención inicial de urgencias teniendo en cuenta los tiempos de clasificación de usuarios que establece la nueva normatividad para triage.

En el área de urgencias también se cuenta con un consultorio para medicina legal que es apoyado por los médicos del servicio social obligatorio y 1 técnico de medicina legal.

El servicio de urgencias se encuentra habilitado, pero no certificado, cuenta con capacidad tecnológica, equipamiento biomédico y mobiliario hospitalario, en óptimas condiciones de funcionamiento, pero el área presenta falencias en el estándar de infraestructura.

A pesar de las dificultades, en esta unidad funcional se han prestado los servicios dentro del marco de los estándares mínimos estipulados para procesos prioritarios, sin reporte de eventos o hallazgos que comprometan la salud de los clientes internos y externos.

Sala de partos:

La sala de partos está dotada con la tecnología requerida para la atención del parto de baja complejidad.

Dentro del marco de un proceso de estandarización, adherencia y cumplimiento al protocolo de atención del parto, se estipulo una profesional médica exclusiva para la atención de partos de 7:00am a 7:00 pm de lunes a viernes.

8.1.14 Esterilización.

Se cuenta con un área independiente para el servicio de esterilización aplica como soporte a los demás servicios se dispone de dos autoclaves para el proceso de esterilización y una instrumentadora quirúrgica.

8.1.15 Referencia y Contra Referencia.

Se cumple con los parámetros de referencia/contra referencia de usuarios, acorde a lo estipulado en la normatividad vigente. Estas remisiones se realizan a la red prestadora de la ESE, como es el Hospital de Yopal.

El proceso de referencia y contra referencia está ligado a la atención en consulta externa y urgencias.

Por consulta externa se ha referenciado dentro de la atención, la remisión a procedimientos y atenciones de mayor nivel de complejidad, los cuales los usuarios pueden acceder una vez sean autorizados por las diferentes EPS.

El proceso de referencia y contra referencia durante el año 2016 se ha llevado a cabo siguiendo los lineamientos establecidos en el procedimiento institucional para este fin, sin embargo, falta actualizar teniendo en cuenta los primeros motivos de remisión.

Las novedades que se generaron en varias ocasiones por contar solo con un médico rural disponible han dificultado con el hospital de referencia el proceso de remisión: sin embargo a lo

largo del año 2016, no se ha notificado evento o incidente alguno frente a los pacientes remitidos.

8.1.16 Traslado de Pacientes.

Para este servicio se cuenta con dos ambulancias TAB transporte asistencia básico y una ambulancia TAM, con cuatro conductores de ambulancia para garantizar el servicio las 24 horas.

8.1.17 Hospitalización.

El área de hospitalización es la unidad funcional con la mejor capacidad instalada de la institución, cuenta con 15 habitaciones muy amplias, mobiliario y equipos biomédicos de última tecnología con 16 camas habilitadas para adultos, 9 de hospitalización pediatría y 4 para el servicio de obstetricia.

El servicio se garantiza con una atención las 24 horas por un medio, jefe y auxiliar de enfermería.

8.1.18 Vigilancia Epidemiológica y Salud Pública.

Durante el año 2016, se llevó a cabo el proceso de notificación de los eventos de interés en salud pública. En acompañamiento con la oficina de salud pública municipal se ha realizado un fortalecimiento del proceso de notificación de eventos como dengue, chikunguña, violencia sexual, y enfermedades crónicas no transmisibles a través de capacitaciones dirigidas por personal de la Secretaria Departamental de Salud.

En el puesto de salud de Cupiagua no se está prestando el servicio por motivo que la infraestructura estaba muy deteriorada y generaba riesgos para los usuarios, en el año 2015 se celebró un convenio con la empresa Ecopetrol para la adecuación de la infraestructura, el cual ya

se ejecutó, se está gestionando con el departamento para presentar un proyecto para el equipamiento biomédico.

8.1.19 Dotación y Mantenimiento.

Cada área cuenta con la dotación hospitalaria necesaria, cuyas especificaciones y exigencias técnicas se contemplan en la norma relacionada con el Sistema Único de Habilitación. En lo referente al mantenimiento, se cuenta con el programa y cronograma de mantenimiento en la ESE en los términos establecidos por la circular externa número 29 de 1997 emanada de la Superintendencia de Salud.

8.1.20 Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Cada servicio cuenta con los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para cada área las cuales cumplen con las exigencias técnico-administrativas que exigen los estándares del Sistema Único de Habilitación. Su proceso de adquisición es gestionado por el Servicios Farmacéutico de la ESE en articulación con Almacén.

8.1.21 Procesos Prioritarios Asistenciales.

Las guías de atención y protocolos están basadas en la evidencia científica conforme a la exige la norma. La definición de los procesos prioritarios asistenciales es realizada por el personal científico de la ESE y son actualizados anualmente, conformes los últimos estudios e investigaciones de las comunidades científicas.

8.1.22 Historia Clínica.

Se cuenta con un sistema de GCI, se mantiene la reserva y privacidad del este documento, se relacionan y consignan adecuadamente los datos aportados por el paciente o usuario, se maneja

el consentimiento informado para la aceptación del acto médico en la realización de los procedimientos invasivos realizados en la institución.

8.2 ANÁLISIS DE CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA

Tabla 7 Capacidad instalada – equipamiento - urgencias

CAPACIDAD INSTALADA – EQUIPAMIENTO			AÑOS		
			2014	2015	2016
Urgencias	Consulta y procedimientos	No. Consultorios de Triage	43.200	43.200	43.200
		No. Consultorios de Urgencias	77.760	77.760	77.760
	Observación	No. Camillas de Observación	14.400	17.280	17.280

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Observando el comportamiento de la capacidad física instalada para el servicio de urgencias, se puede evidenciar que durante los años 2014, 2015 y 2016 la capacidad instalada nos permitía realizar 44.200 consultas de triage, 77.760 consultas de urgencias, el único servicio que presento aumento fue el observación que paso de 14.400 para el año 2014 a 17.280 para los años 2015 y 2016, esto debido a que se aumentó en dos el número de camillas habilitadas.

Lo anterior se debe a que en el área de urgencias durante los tres últimos años no se han realizado modificaciones de construcción y obra nueva, solo se ha intervenido el área en la parte de mantenimiento de la infraestructura, como es pintura, cambio de techos, arreglos eléctricos, etc.

Tabla 8 Capacidad instalada – equipamiento - servicios ambulatorios

CAPACIDAD INSTALADA - EQUIPAMIENTO			AÑOS		
			2014	2015	2016
Servicios ambulatorios	Consulta externa y procedimientos	No. Consultorios Médicos	47.520	47.520	54.440
	Actividades de promoción y prevención	No. Consultorios Enfermería	31.680	31.680	31.680

	Actividades de salud oral	No. Consultorios Odontología	38.016	38.016	50.688
	Consulta especializada	No. Consultorios Especializados	16,200	16.200	9,720

Fuente: Bases de datos sistema GCI

La capacidad instalada para el grupo de servicios ambulatorios, presenta variaciones iniciando en el número de consultas por medicina que fueron de 47.520 para el año 2014 y 2015 para el año 2016 aumento el número de consulta en 54.440 esto se debe a que se habilito un consultorio para este servicio, para las actividades de promoción y prevención se mantiene la capacidad instalada para 31.680 actividades, para los últimos años.

En las actividades de salud oral para el año 2014 y 2015 se cuenta con una disponibilidad de capacidad instalada de 38.016 pero para el año 2016 se aumenta en 50.688 debido al aumento de oferta por hora por instalación que pasa de tres a cuatro servicios por hora.

La consulta por especialista ha sido uno de los servicios que más se ha visto afectado en la institución para el año los años 2014 y 2015 se contaba con una capacidad instalada para 16.200 consultas, para el año 2016 se bajó la capacidad instalada a 9.720 consultas, esto debido a la poca oferta de especialistas en el departamento no ha sido posible contratarlos lo que llevo a la institución a que estos consultorios se habilitaran para otros servicios.

Tabla 9 Capacidad instalada instalaciones – equipamiento - hospitalización

CAPACIDAD INSTALADA - EQUIPAMIENTO			AÑOS		
			2014	2015	2016
HOSPITALIZACIÓN	Estancia General	No. Camas General Adultos	6.120	6.120	6.120
		No. Camas Pediatría	3.240	3.240	3.240
		No. Camas Ginecobstetricia	1.440	1.440	1.440

Fuente: Bases de datos sistema GCI

El servicio de hospitalización presenta la misma capacidad instalada para los últimos tres años como se evidencia en la información analizada, para el servicio de estancia general adultos fue

de 6.120, estancia general pediátrica fue de 3.240 y ginecobstetricia 1.440, esto se presenta debió a que la institución ha mantenido el mismo número de camas habilitadas 16 adultos, 9 para pediatría y 4 para obstetricia y no se ha presentado la necesidad de ampliar esta capacidad por la baja demanda de este servicio.

La capacidad instalada para sala de partos de mantuvo durante los tres últimos años para atender un numero de 2.880 partos al año.

Tabla 10 Capacidad instalada– equipamiento - apoyo diagnostico

CAPACIDAD INSTALADA - EQUIPAMIENTO			AÑOS		
			2014	2015	2016
APOYO DIAGNOSTICO	Imagenología	No. Unidades de Radiología e imágenes diagnostico	25.920	25.920	25.920
	Laboratorio Clínico	Laboratorio clínico	51.840	51.840	60.480
		No. Unidades de toma de muestras de laboratorio clínico	60.480	60.480	60.480

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Observando el grupo de apoyo diagnóstico de la institución, en sus servicios de imagenología presento una capacidad instalada para ofrecer 25.920 imágenes diagnosticas durante los últimos tres años, el servicio de laboratorio clínico se mantiene la capacidad instalada para los años 2014 y 2015, presenta variación en el último año paso de 60.480 esto debido al aumento la oferta por hora de productividad de 7 laboratorios resultado del mejoramiento del equipo biomédico adquirido mediante la modalidad de comodato, la capacidad instalada para toma de muestras de laboratorio clínico se mantiene en un numero de 60.480 durante los últimos tres años.

Tabla 11 Capacidad instalada – equipamiento - apoyo terapéutico

CAPACIDAD INSTALADA - EQUIPAMIENTO			AÑOS		
			2014	2015	2016
APOYO TERAPÉUTICO	Farmacia e insumos hospitalarios	Farmacia	51.840	51.840	51.840
	Rehabilitación y Terapias	No. Salas de rehabilitación y Terapias	47.520	47.520	47.520

Fuente: Bases de datos sistema GCI

En el grupo de apoyo terapéutico el servicio de farmacia presento la misma capacidad instalada para 51.840 atenciones en los últimos tres años.

El servicio de rehabilitación y terapias no presento variación en su capacidad instalada para los últimos tres años.

Tabla 12 Capacidad instalada – equipamiento - servicios conexos a la salud

CAPACIDAD INSTALADA - EQUIPAMIENTO			AÑOS		
			2014	2015	2016
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	Servicios de Ambulancias	No. Ambulancias para Transporte asistencial básico	2.880	2.880	5.760
		No. Ambulancias para Transporte asistencial Medicalizado			2.880

Fuente: Bases de datos sistema GCI

El servicio de ambulancias presenta un aumento en su capacidad instalada para el año 2016 esta situación se debe a que la institución amplía su capacidad instalada de una ambulancia de transporte asistencial básico a dos ambulancias lo que mejoró notablemente la calidad en el transporte de pacientes que requiere el traslado a un mayor nivel de complejidad y adquirió para el año 2016 una ambulancia medicalizada.

8.3 CAPACIDAD DE OFERTA CON PROFESIONALES

Tabla 13 Capacidad disponible con recursos humanos

CAPACIDAD DISPONIBLE CON RECURSOS HUMANOS			AÑOS		
			2014	2015	2016
URGENCIAS	Consulta y procedimientos	Triage	37.080	43.200	49.440
		Consultas de medicina general urgentes	25.560	20.520	25.560
		Observación	4.320	4.320	4.320

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Observando la tabla anterior se puede evidenciar que el servicio de triage presenta variación en la capacidad de oferta con profesionales de aumento para los últimos años, para este servicio se contó con diez médicos, que presentaron variación en las horas promedio mes de servicio por cada profesional.

En el servicio de consulta de urgencias se presenta una variación de baja en la capacidad ofertada con profesionales esto debido se mantiene los 10 profesionales pero se baja las horas promedio mes de servicio por cada profesional, el servicio de observación se mantiene la misma oferta durante los tres últimos años.

Se realiza un comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción para los últimos tres años para el servicio de urgencias mostrando lo siguiente:

Tabla 14 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - servicio de urgencias.

AÑO	OFERTA CON PROFESIONALES	PRODUCCIÓN
2014	66.960	19.150
2015	68.040	19.891
2016	79.230	17.934

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Se concluye que para el servicio de urgencias la producción fue más baja que la capacidad de oferta con profesionales, pero se debe tener en cuenta que para este servicio se debe garantizar el personal todos los días, las 24 horas, para la atención de los usuarios, se resalta que se bajaron las urgencias para el año 2016, lo que resulta en beneficio para la institución ya que este servicio es uno de los más costosos en la institución.

Tabla 15 Capacidad disponible con recursos humanos - servicios ambulatorios

CAPACIDAD DISPONIBLE CON RECURSOS HUMANOS			AÑOS		
			2014	2015	2016
SERVICIOS AMBULATORIOS	Consulta externa y procedimientos	Consultas de medicina general electivas	62.208	57.024	50.688
	Actividades de promoción y prevención	Vacunación	27.648	27.648	32.256
		Consulta médica de P y P	3.840	3.840	4.800
		Planificación Familiar, Promoción y Prevención, Otras	23.040	23.040	23.040
	Actividades de salud oral	Actividades de salud oral e higiene oral	30.240	40.320	40.320
	Consulta especializada	Consultas con especialistas	16.200	9.720	9.720

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Para el servicio de consulta externa el número de médicos contratados presenta una disminución debido a la siguiente variación: año 2014 nueve médicos por 192 horas mensuales, año 2015 nueve médicos por 176 horas y año 2016 seis médicos por 176 horas mensuales.

En el grupo de servicios ambulatorios que presenta variación son actividades de salud oral de aumento para los dos últimos, este servicio se ha prestado con 7 odontólogos, de 120 horas mensuales, pero con una variación de productividad por hora de 3 a 4 en los dos últimos años.

Se realiza un comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la productividad para los últimos tres años para consultas de medicina general.

Tabla 16 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - medicina general.

AÑO	OFERTA CON PROFESIONALES	PRODUCCIÓN
2014	62.208	20.975
2015	57.024	35.537
2016	50.688	33.435

Fuente: Bases de datos sistema GCI

En este servicio se observa una producción muy baja con respecto a los profesionales contratados, pero se presentan variables como el alto porcentaje de inasistencias de los usuarios,

los contratos con las diferentes EPS que exigen un número de médicos por la cantidad de usuarios y los indicadores de oportunidad que siempre han sido muy bajos con respecto a la normatividad, sin embargo, se debe reevaluar este servicio.

En este grupo encontramos las actividades de promoción y prevención como vacunación, consulta de PYP, planificación familiar, actividades de salud oral, donde la variación que se presenta se debe al número de horas contratadas por profesional para cubrir este servicio.

Se realiza un comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción para el servicio de promoción y prevención.

Tabla 17 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - promoción y prevención.

AÑO	OFERTA CON PROFESIONALES	PRODUCCIÓN
2014	80.928	55.546
2015	91.008	72.765
2016	95.616	84.352

Fuente: Bases de datos sistema GCI

En este servicio se puede observar que en el año 2014 y 2015 la producción fue baja con respecto a la oferta con profesionales, para el año 2016 de acuerdo a lo proyectado se espera aumentar la producción, en este servicio se deben garantizar las metas establecidas en los contratos para evitar las glosas a pesar de que la modalidad de pago sea por capitación.

Para el servicio de consulta especializada se cuenta con suficiente capacidad física instalada se puede observar que se presenta un equilibrio entre la capacidad instalada con profesional y de la producción debido a que en los últimos años no se ha podido contratar los profesionales para las diferentes especialidades habilitadas en la institución por falta de oferta de los mismos, pero existe la demanda de estas especialidades.

Tabla 18 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - especialidades

AÑO	OFERTA CON PROFESIONALES	PRODUCCIÓN
2014	8640	3.744
2015	4320	3.752
2016	4320	3.712

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Para los últimos años solo se han contratado tres especialistas psicología, otorrinolaringología y ginecología, que se programan dos días por semana, con cuatro a seis horas diarias para un total de 40 horas al mes por especialista.

Tabla 19 Capacidad disponible con recursos humanos hospitalización quirófanos y salas de parto

CAPACIDAD DISPONIBLE CON RECURSOS HUMANOS			AÑOS		
			2014	2015	2016
HOSPITALIZACIÓN	Estancia General	General Adultos	4.608	4.608	4.608
		Pediatría	2.304	2.304	2.304
		Ginecobstetricia	2.304	2.304	2.304
QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	Salas de Parto	Partos Vaginales	2.304	2.304	2.304

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Para el servicio de hospitalización y sala de partos se evidencia que se mantiene la misma capacidad instalada con recursos humanos para los últimos años de análisis.

Tabla 20 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - hospitalización quirófanos y salas de parto

AÑO	OFERTA CON PROFESIONALES	PRODUCCIÓN
2014	9.216	2.386
2015	9.216	1.769
2016	9.216	2.042

Fuente: Bases de datos sistema GCI

En el servicio de hospitalización y salas de partos se debe garantizar el personal las 24 horas del día y todos los días del mes, la capacidad de oferta se brinda con un médico, una enfermera jefe y una auxiliar de enfermería, la estancia general en estos servicios es muy baja.

Tabla 21 Capacidad disponible con recursos humanos – apoyo diagnostico

CAPACIDAD DISPONIBLE CON RECURSOS HUMANOS			AÑOS		
			2014	2015	2016
APOYO DIAGNOSTICO	Imagenología	Radiologías e imágenes diagnostico	26.784	26.784	26.784
	Laboratorio Clínico	Laboratorio clínico	69.120	69.120	55.296
		Toma de muestras de laboratorio clínico	64.512	80.640	64.512

Fuente: Bases de datos sistema GCI

En el grupo de apoyo diagnóstico, servicio de imagenología no presenta variación en la capacidad de oferta con profesionales, este servicio de brinda las 24 horas todos los días del mes para apoyo diagnostico en urgencias y hospitalización, con 4 técnicos radiólogos que realizan turnos de 6 horas diarias y disponibilidades.

En el servicio de laboratorio clínico se presenta variación en la capacidad de oferta con profesionales, esto se presenta debido a la variación en la contratación de personal que disminuyo de 5 profesionales a 4 profesionales para el último año, pero aumento el número de productividad por hora de a 6 laboratorios.

Tabla 22 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - apoyo diagnostico

AÑO	OFERTA CON PROFESIONALES	PRODUCCIÓN
2014	69.120	41.381
2015	69.120	50.464
2016	55.296	52.987

Fuente: Bases de datos sistema GCI

En el servicio de apoyo diagnóstico la tabla anterior nos muestra una gran diferencia entre la oferta con profesionales y la producción, esto se debe a que este servicio se brinda las 24 horas garantizando el personal como apoyo al servicio de urgencias y hospitalización.

Tabla 23 Capacidad disponible con recursos humanos - apoyo terapéutico

CAPACIDAD DISPONIBLE CON RECURSOS HUMANOS			AÑOS		
			2014	2015	2016
APOYO TERAPÉUTICO	Farmacia e insumos hospitalarios	Farmacia e insumos hospitalarios	53.56 8	53.56 8	53.56 8
	Rehabilitación y Terapias	Rehabilitación y Terapias	25.20 0	38.88 0	32.76 0

Fuente: Bases de datos sistema GCI

El servicio de farmacia e insumos hospitalarios no presenta variación en la capacidad instalada con recurso humano se brinda el servicio con un regente de farmacia y 4 auxiliares, se debe garantizar las 24 horas del día todos los días del mes para brindar apoyo a la unidad funcional de urgencias y hospitalización.

Se realiza un comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción para el servicio de rehabilitación y terapias así:

Tabla 24 Comparativo entre la capacidad de oferta con profesionales y la producción - apoyo terapéutico

AÑO	OFERTA CON PROFESIONALES	PRODUCCIÓN
2014	25.200	18.009
2015	38.880	29.630
2016	32.760	26.356

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Para el servicio de rehabilitación y terapias se evidencia en la tabla anterior que la capacidad instalada con profesionales es mayor a la producción, en este servicio contamos en el año 2014 con 7 profesionales, año 2015 con 9 profesionales y en presente año contamos con 7 profesionales, que un promedio de 6 horas diarias de lunes a viernes.

Tabla 25 Capacidad disponible con recursos humanos - servicios conexos

CAPACIDAD DISPONIBLE CON RECURSOS HUMANOS			AÑOS		
			2014	2015	2016
SERVICIOS CONEXOS	Servicios de Ambulancias	No. Ambulancias para Transporte asistencial básico	1492	1285	
		No. Ambulancias para Transporte asistencial Medicalizado	00	00	00

Fuente: Bases de datos sistema GCI

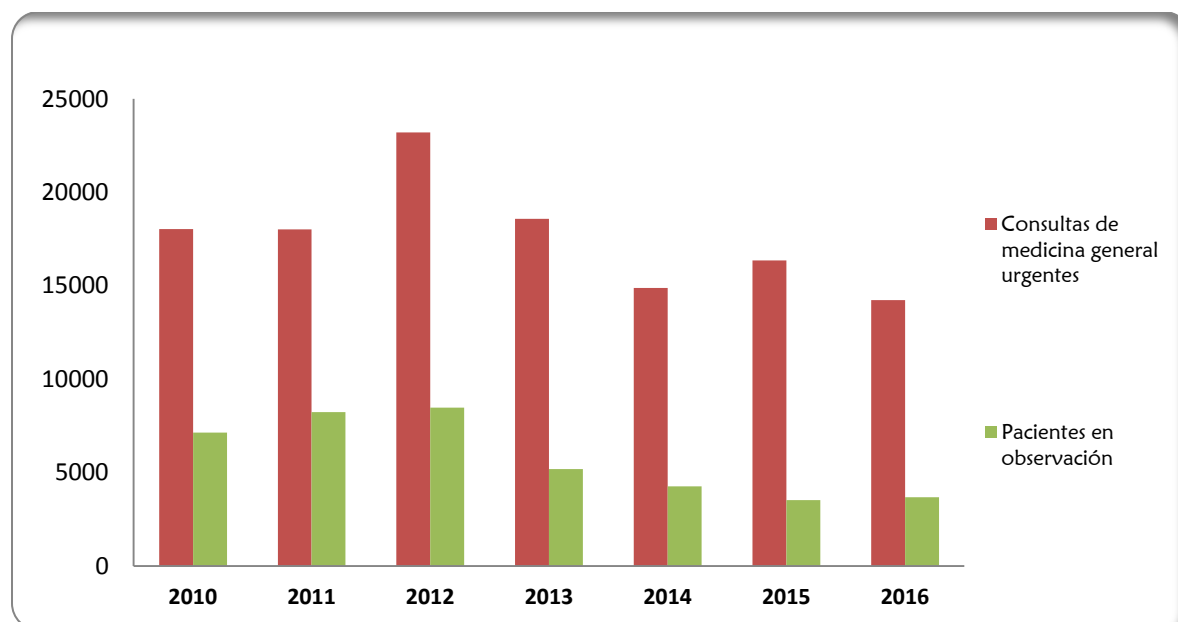
El servicio de transporte asistencial básico se garantiza las 24 horas del día, todos los días del mes con 4 conductores con turnos de seis horas.

8.4 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

El análisis de la producción se realiza en consideración a la metodología comparativa de los últimos 7 años, realizando un análisis de la variación anual comparada con el año anterior.

8.5 UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS

Figura 16 Consultas, Procedimientos y Observación Urgencias años 2010-2016



Fuente: INFORME 2193 SIHO

Analizando el comportamiento de producción que se muestra en la gráfica anterior se puede evidenciar la mayor producción se presenta en los años 2012 y la producción más baja en el año 2016, esto debido a estrategias de clasificación en el triage, en el servicio de observación la mayor producción se presenta en el año 2012 y al menor en el año 2015.

Tabla 26 Variación anual en periodos anuales de análisis

CENTRO DE COSTOS	UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS	VARIACIÓN ANUAL EN PERIODOS ANUALES DE ANÁLISIS					
		2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Consulta y procedimientos	Servicio						
	Consultas de medicina general urgentes	-0.1%	28.8%	-20.0%	-19.9%	10.0%	-12.9%
	Pacientes en observación	15.4%	2.9%	-38.8%	-17.8%	-17.3%	-45.5%

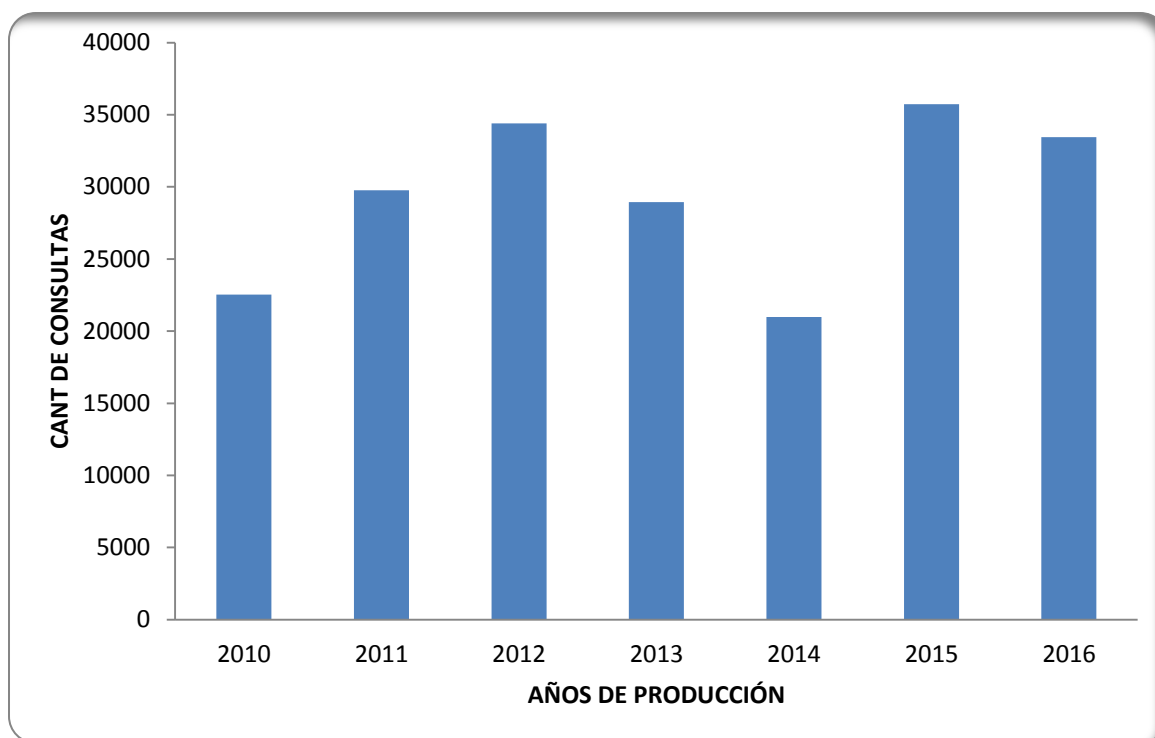
Fuente: Bases de datos sistema GCI

El servicio de urgencias presenta un decrecimiento del -12 % para el año 2016 comparado con el año 2015, el servicio de pacientes en observación presento un decrecimiento del -45 % comparado con el año inmediatamente anterior, esta situación es buena financieramente.

Los años de mayor producción fueron el año 2012 con un crecimiento del 28.8 %, 2015 con un crecimiento del 10.0%, esta situación es generalizada por los picos epidemiológicos presentados por los diferentes virus, dengues y por el alto índice de accidentalidad que se presentó en estos años.

8.6 SERVICIOS AMBULATORIOS

Figura 17 Consultas de Medicina General años 2010-2016



Fuente: INFORME 2193 SIHO

En el año 2014 que presentan la menor producción en el servicio de consulta externa, mientras que para el año 2015 aumenta significativamente su producción, para el año 2016 disminuye la producción con respecto al año anterior por motivo de recorte de personal médico para el último trimestre.

Tabla 27 Variación anual en periodos anuales de análisis - servicios ambulatorios

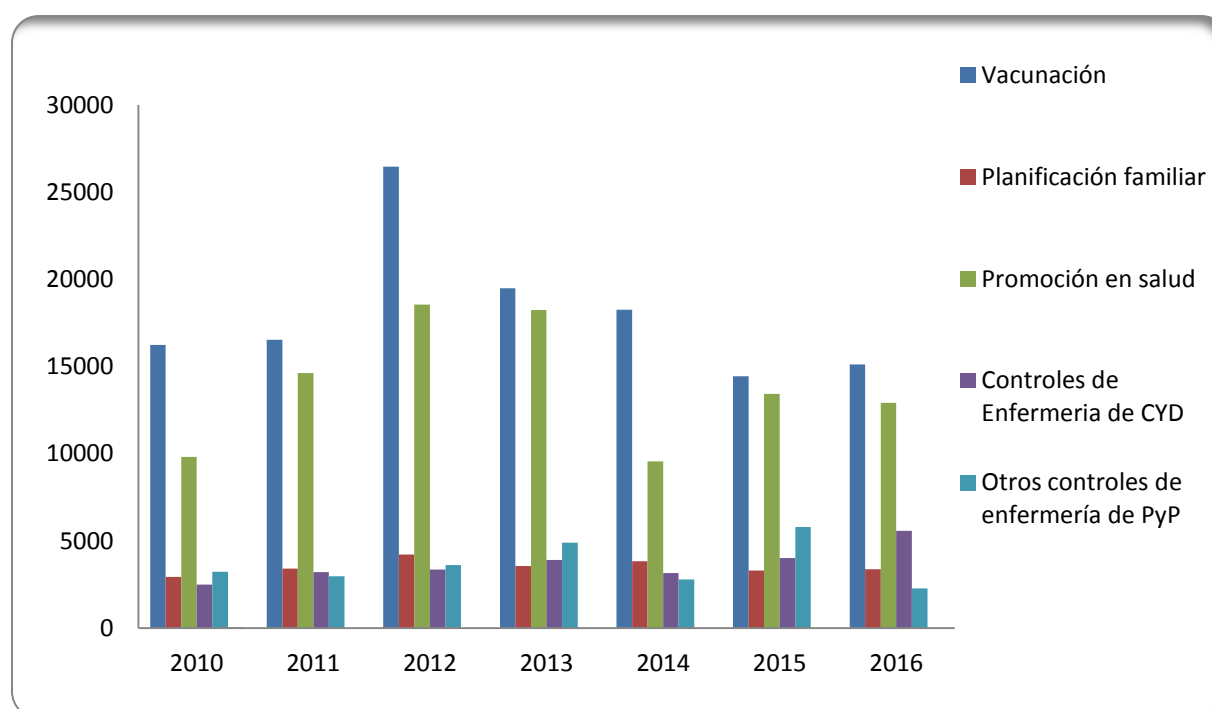
SERVICIOS AMBULATORIOS	VARIACIÓN ANUAL EN PERIODOS ANUALES DE ANÁLISIS					
	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Consultas de medicina general electivas	32.1%	15.6%	-15.9%	-27.5%	70.4%	-6.4%

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Para el año 2016 se disminuye la producción por consulta de medicina general en un -6.4 % en comparación con el año 2015, otra disminución significativa del -27.5% se presenta en el año 2014 comprado con el año 2013, esta situación se presenta a causa de en un semestre de este año

no se realizó contratación con la EPS del régimen subsidiado debido al no acuerdo en las tarifas, para el año 2015 presenta un aumento en la producción del 70.4% comparado con el año 2014, en el año 2015 ya se formaliza el contrato con la ESP subsidiada.

Figura 18 Actividades de Promoción y Prevención años 2010-2016



Fuente: INFORME 2193 SIHO

Como se observa en la gráfica anterior se presenta una leve disminución del total de dosis de biológicos aplicadas en el año 2015, por el contrario, en el año 2012, se presentó una tendencia creciente de la producción, con un crecimiento cercano al 60%.

Para el año 2016 se presentó un incremento del 2.2% respecto al año 2015, la producción del servicio de vacunación se mantiene por las jornadas de vacunación que se deben realizar de acuerdo a los cronogramas de orden nacional y departamental.

El servicio de promoción en salud es uno de los que presenta una producción más alta después de vacunación y se mantiene en los dos últimos años la misma producción.

Los controles de crecimiento y desarrollo se mantienen una misma producción en los años analizados, presentando un incremento en el último año, esto debido al programa de familias en acción que es un requisito la presentación del carné como seguimiento para realizar el pago. Por el contrario, otros controles de PYP disminuye la producción notablemente para el año 2016, esto por motivo que se da prioridad a los controles de crecimiento y desarrollo.

Tabla 28 Variación anual en periodos anuales de análisis - actividades de promoción y prevención.

CENTRO DE COSTOS	SERVICIOS AMBULATORIOS	VARIACIÓN ANUAL EN PERIODOS ANUALES DE ANÁLISIS					
		2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Actividades de promoción y prevención	Vacunación	1.8%	60.0%	-26.4%	-6.3%	-20.9%	4.7%
	Atención preventiva salud oral higiene oral	18.1%	43.4%	4.8%	-31.0%	44.0%	-12.0%
	Planificación familiar	15.7%	24.0%	-15.7%	7.8%	-13.7%	2.0%
	Promoción en salud	48.9%	26.7%	-1.7%	-47.6%	40.6%	-3.9%
	Controles de Enfermería de PyP	28.4%	5.0%	16.1%	-19.1%	26.9%	39.3%
	Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	-7.7%	21.6%	35.4%	-43.3%	108.2%	-60.9%
	Otras actividades de promoción y prevención	31.6%	10.5%	-17.6%	-32.7%	77.0%	5.2%

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Para el año 2016 se evidencia un aumento en la producción del 39% para controles de crecimiento y desarrollo, debido a la situación presentada con el programa familias en acción, pero por el contrario se disminuye la producción en un -60.9% para otros controles de PYP por que contaba con el mismo personal para realizar los dos procesos.

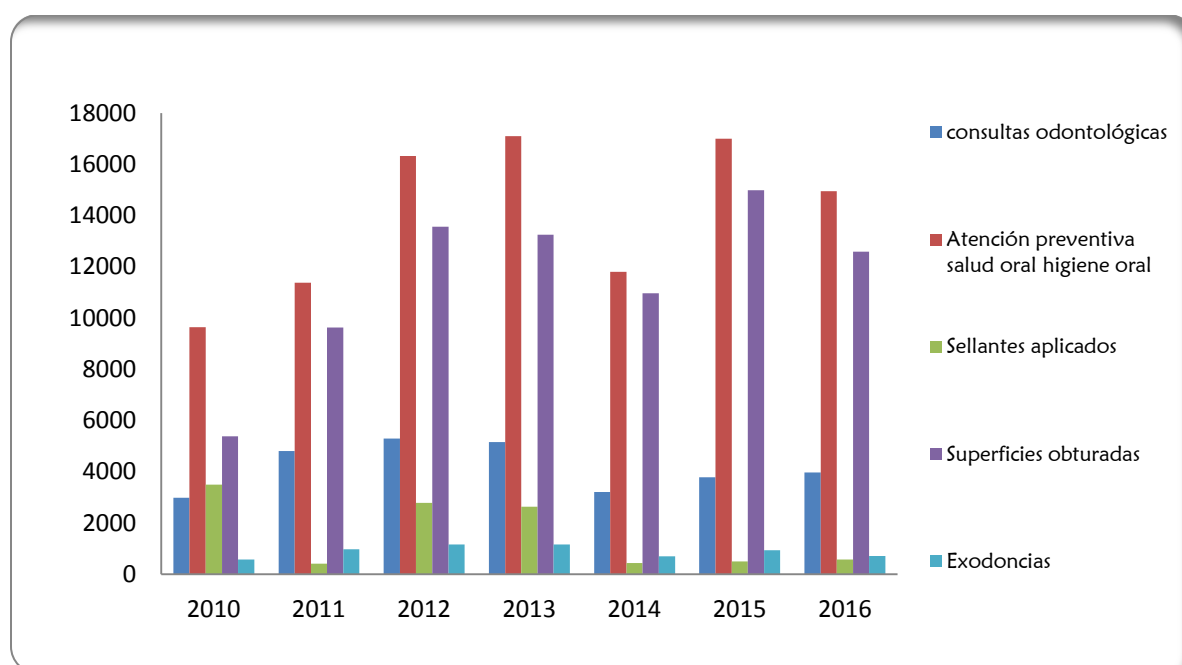
Para todas las actividades de promoción y prevención aumenta en un 5.2% en comparación con el año 2015, esto se presenta por las estrategias para el cumplimiento de indicadores y evitar glosas por incumplimiento de metas de PyP.

En el año 2014 se muestra un alto porcentaje de disminución en porcentajes del – 47, -43, -32 de la producción en comparación con el año 2013, esto se presenta igualmente por la contratación con la EPS del régimen subsidiado en un semestre de este año.

Para el año 2015 ya se normaliza la contratación con la EPS por esta razón se muestra un aumento en la producción con porcentajes de más de 50% en comparación con el año 2014.

8.7 ACTIVIDADES DE SALUD ORAL

Figura 1 Actividades de Salud Oral años 2010-2016



Fuente: INFORME 2193 SIHO

De este grupo el servicio que presenta una producción más alta durante los años analizados es atención preventiva salud oral, presentándose una leve disminución para el año 2016 y la menor producción se presenta en los procedimientos de sellantes aplicados y exodoncias.

En términos generales, se observa un crecimiento en la producción de cada una de las actividades de salud oral analizadas durante el periodo 2010 al 2016.

Tabla 29 Variación anual en periodos anuales de análisis - actividades de salud oral

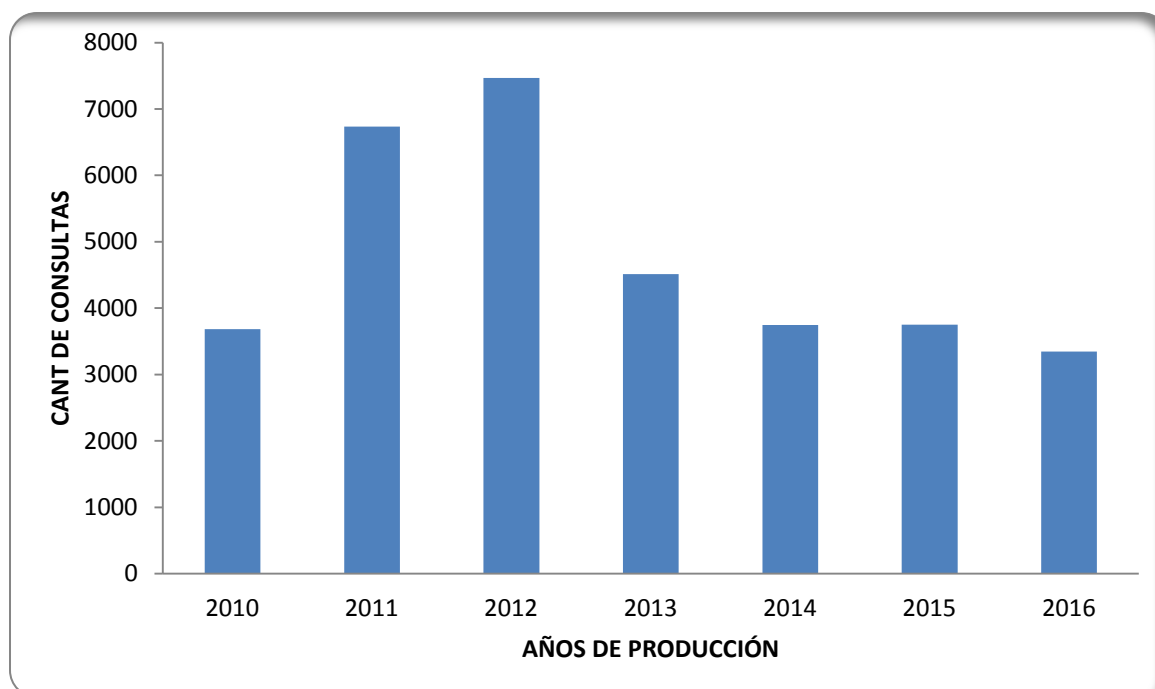
SERVICIOS AMBULATORIOS	VARIACIÓN ANUAL EN PERIODOS ANUALES DE ANÁLISIS					
ACTIVIDADES DE SALUD ORAL	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Total consultas odontológicas realizadas (valoración)	61.0%	10.1%	-2.5%	-37.7%	17.7%	4.9%
Sellantes aplicados	-88.4%	583.8%	-5.4%	-83.2%	12.7%	16.5%
Superficies obturadas	79.0%	40.9%	-2.3%	-17.3%	36.7%	-16.0%
Exodoncias	71.2%	19.9%	-0.4%	-39.6%	32.4%	-24.0%

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Nuevamente para el año 2014 se presenta un porcentaje de baja de producción en todos los servicios de este grupo por la situación con la EPS. Esta situación de baja en la producción de los servicios en el año 2014 se genera por la no contratación durante el primer semestre con la EPS subsidiada del departamento CAPRESOCA, por la imposición de tarifas muy bajas que ponían en de equilibrio financiero a la institución para el año 2015 se normaliza y presenta porcentaje de aumento.

El grupo de actividades de salud oral presento un decrecimiento en el último año del - 16.0 %, para la actividad de superficies obturadas y el -24 % para la actividad de exodoncias, pero aumenta para las actividades de sellantes y consultas.

Figura 2 Consultas de Medicina Especializada años 2010-2016

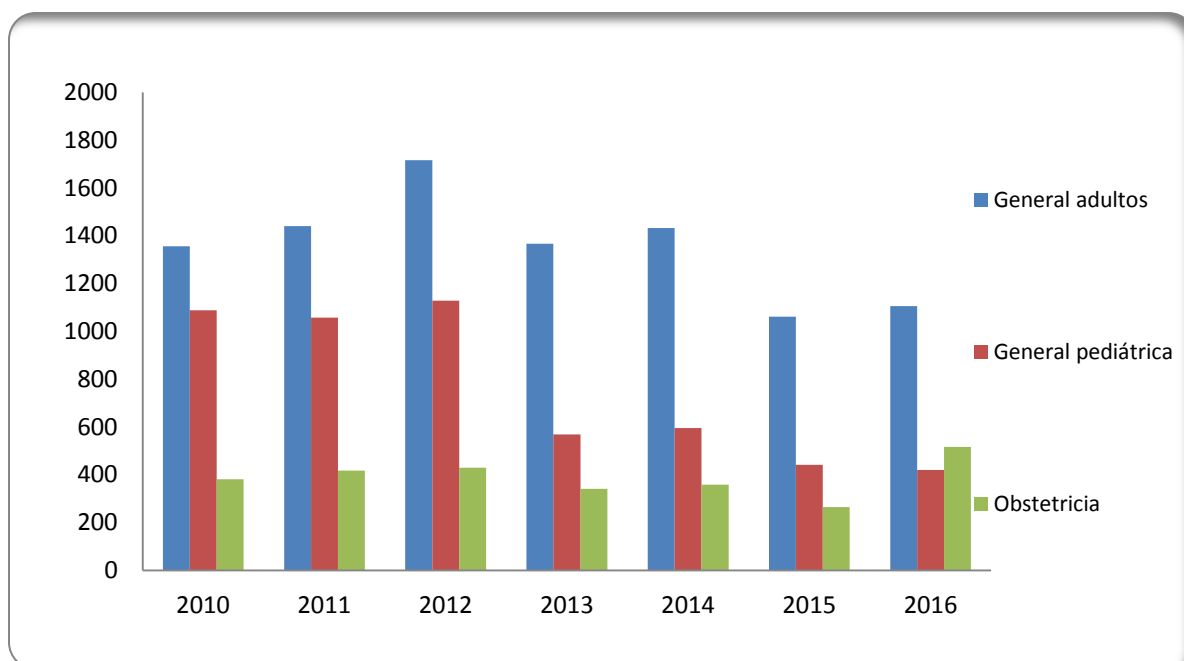


Fuente: INFORME 2193 SIHO

Las consultas de medicina especializada han venido disminuyendo sistemáticamente cada año lo anterior debido a la falta de oferta de profesionales especializados en la región, no permite la prestación de servicios especializados que oferta la institución, la competencia en el sector privado en la ciudad capital para especialistas es muy fuerte y manejan unas tarifas bajas que la ESE no puede ofrecer por esta razón las EPS contratan con estas IPS.

8.8 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Figura 21 Estancia General años 2010-2016



Fuente: INFORME 2193 SIHO

Como lo muestra la gráfica anterior, la producción de ocupación de la entidad se evidencia que su mayor índice se obtuvo en 2012, con una disminución notoria en 2015, se puede evidenciar que su ocupación en este servicio es muy baja, para el año 2016 se logra aumentar la producción en este servicio, pero sigue siendo muy baja para la capacidad instala.

Lo que indica que la entidad deberá proceder a mejorar sus estrategias de mercado y proyectarse para ser competitivos con apertura de este servicio en un mayor nivel de complejidad.

Tabla 30 Variación anual en periodos anuales de análisis - estancia general

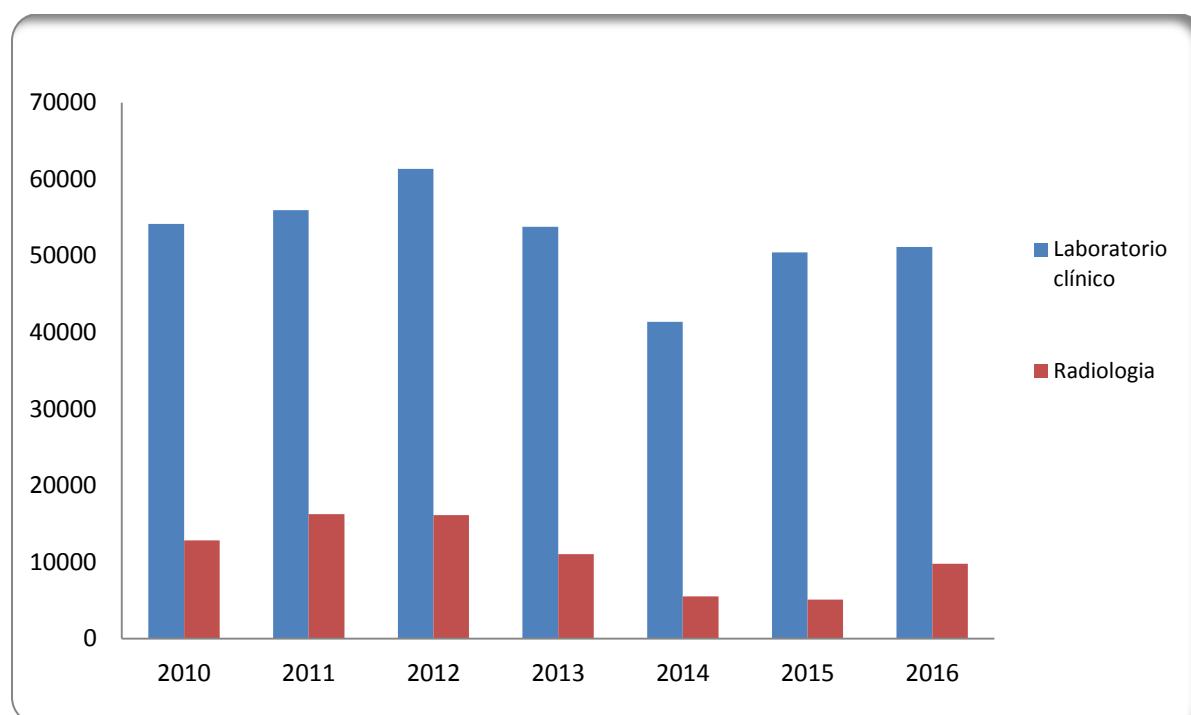
HOSPITALIZACIÓN	VARIACIÓN ANUAL EN PERIODOS ANUALES DE ANÁLISIS					
ESTANCIA GENERAL	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
General adultos	6.3%	19.1%	-20.3%	4.8%	-25.8%	47.5%
General pediátrica	-2.8%	6.7%	-49.6%	4.7%	-25.8%	51.8%
Obstetricia	9.7%	2.9%	-20.7%	5.0%	-26.0%	68.7%
TOTAL DE VARIACIÓN	6.3%	19.1%	-20.3%	4.8%	-25.8%	47.5%

Fuente: Bases de datos sistema GCI

En el servicio de estancia general se presenta una disminución de producción para el año 2015 del – 25 % y para el año 2016 se aumenta la estancia general en un mínimo de 47% con relación al año 2015.

8.9 APOYO DIAGNOSTICO

Figura 3 Apoyo Diagnostico años 2010-2016



Fuente: INFORME 2193 SIHO

El servicio de laboratorio clínico es un servicio que presenta un alto nivel de producción en general con más de 50.000 laboratorios clínicos en cada uno de los años de análisis con su mayor crecimiento en el año 2012 y pero se presenta un decrecimiento en el año 2014 esto se presenta igualmente al evento de la contratación con el régimen subsidiado en este año, para el año 2016 se mantiene la producción comparada con el año 2015.

Igualmente, el servicio de Imagenología presenta su mayor producción en el año 2011 y 2012 y una menor producción en los años 2014 y 2015.

En el año 2015 se instaló un equipo de rayos x de última tecnología digital, para el año 2016 se aumentó la producción en el servicio de imagenología en un 92% en este servicio se debe proyectar la contratación de un radiólogo para la habilitación de lectura de rayos x y aumentar la productividad en equilibrio con la capacidad física instalada.

Tabla 31 Variación anual en periodos anuales de análisis - apoyo diagnostico

APOYO DIAGNOSTICO	VARIACIÓN ANUAL EN PERIODOS ANUALES DE ANÁLISIS					
	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
IMAGENOLOGÍA	27.0%	-1.0%	-31.6%	-50.1%	-7.3%	92.0%
LABORATORIO CLÍNICO	3.3%	9.6%	-12.4%	-23.1%	21.9%	1.3%

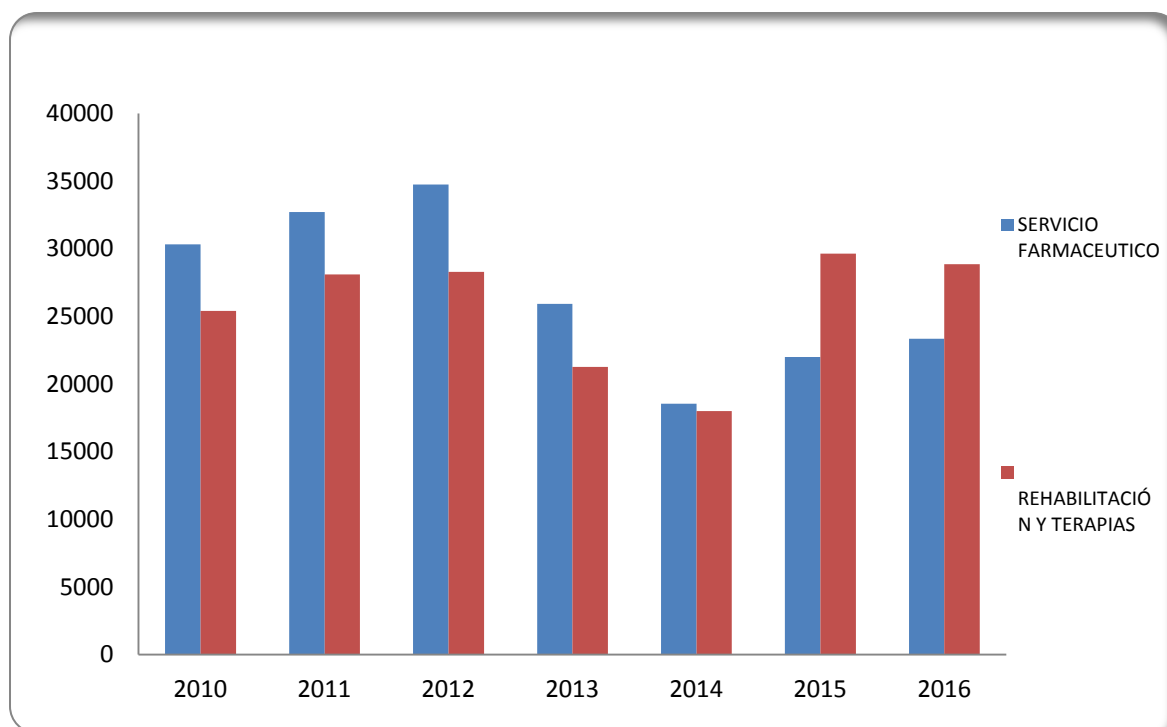
Fuente: Bases de datos sistema GCI

Los exámenes de laboratorio clínico presentaron un decrecimiento en los años 2013 con -12.4 %, para el año 2014 presenta un decrecimiento en la producción muy alto del - 23.1%.

Los años de mayor crecimiento fueron el año 2015 con un crecimiento del 21.9 y para el año 2016 se presenta un comportamiento de crecimiento en producción de un 1.3%.

8.10 APOYO TERAPÉUTICO

Figura 23 Apoyo Terapéutico años 2010-2016



Fuente: INFORME 2193 SIHO

Estos dos servicios presentan un similar aumento en su producción en los años 2010 al 2012, pero inician disminuyendo sistemáticamente en los años 2013 y 2014, aumentando su producción para los últimos años, pero en menor proporción a los tres primeros años.

Tabla 32 Variación anual en periodos anuales de análisis - apoyo terapéutico

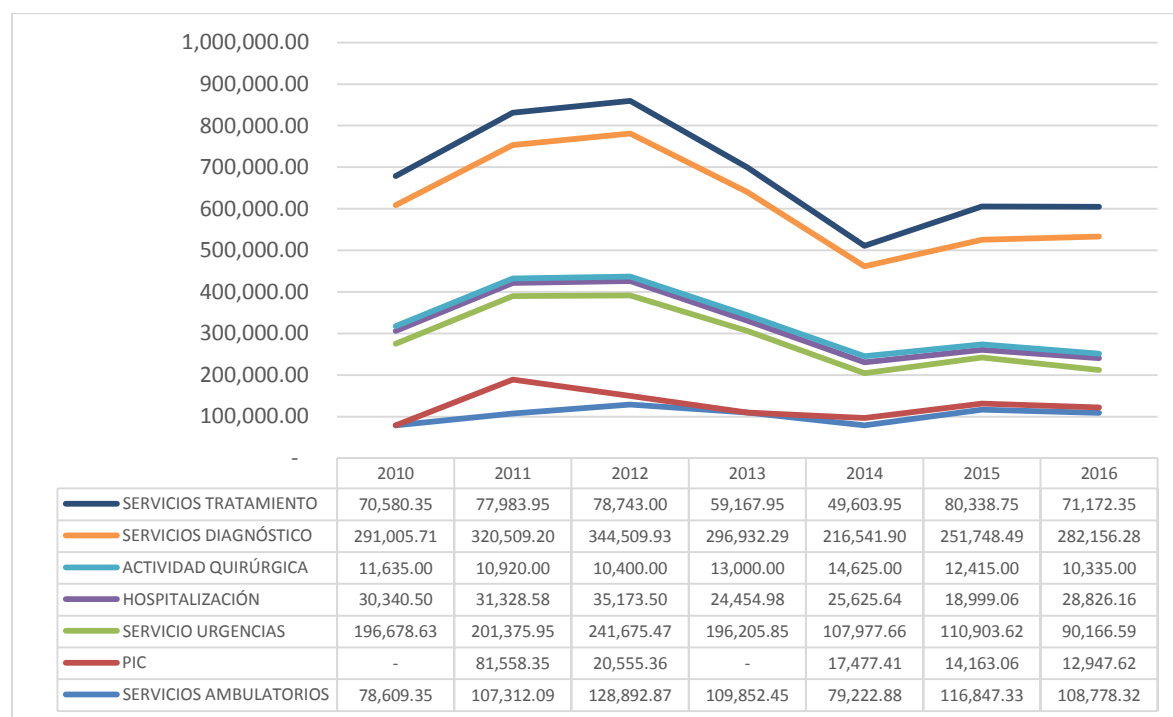
VARIACIÓN ANUAL EN PERIODOS ANUALES DE ANÁLISIS						
APOYO TERAPÉUTICO	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015
Servicio farmacéutico	7.9%	6.2%	-25.3%	-28.5%	18.7%	-19.8%
Fisioterapia	-0.7%	8.8%	-23.3%	-1.8%	74.3%	-9.2%
Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje	45.5%	11.3%	-16.6%	-19.1%	71.5%	-9.1%
Terapia ocupacional	46.0%	-16.5%	16.9%	-31.1%	71.4%	-12.0%
Terapia respiratoria	-1.2%	-8.5%	-55.5%	-29.3%	2.5%	-27.9%

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Desde el año 2012 se viene presentando una disminución en la producción compara con el año anterior en cada proceso, para el año 2015 se presenta un aumento general de más del 70 % en casi todas las terapias, pero para el año 2016 disminuye la producción con más del -9% hasta el -27 % esto debido a la disminución de gastos en el último trimestre del año 2016.

8.11 ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS

Figura 24 Producción Total en UVR 2010-2016



En la gráfica anterior se evidencia que los servicios con mayor producción en UVR para la institución, son servicios de apoyo diagnóstico, urgencias y servicios ambulatorios, los menos representativos en producción de UVR son el servicio de hospitalización y actividad quirúrgica. Analizando la totalidad de la producción de la entidad en Unidades de Valor Relativo se evidencia que desde el año 2010 al 2012 la entidad presenta un crecimiento en todos sus servicios, pero a partir de este año decrece notoriamente estos indicadores, evidenciando en 2015

una leve recuperación después de la baja más notoria que se presentó en 2014, y en razón a que el comportamiento es muy variable y con tendencia a la disminución, se deben buscar estrategias que estén acorde con el perfil epidemiológico, la demanda y el equilibrio financiero de la institución.

Este análisis se realiza estableciendo una comparación entre la capacidad física instalada, capacidad con recurso humano, servicios prestados producción del año.

Se presenta un bajo nivel de productividad durante todos los años de análisis, en el servicio de hospitalización a pesar de tener una buena capacidad instalada y contar con el personal disponible, el indicador de egreso hospitalario evidencia decrecimiento constante lo que reafirma que se deben buscar estrategias para mejorar la confianza en la institución y realizar la gestión a nivel departamental para que se incluya en la red que la institución preste servicios de mediana complejidad, lo que aportaría notablemente para descongestionar los servicios ofrecidos en el hospital de Yopal.

La productividad en los diferentes servicios se ha visto afectada con respecto a la capacidad disponible de recurso humano, específicamente médicos generales, durante el año 2014, los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa se vieron levemente afectados debido a la escasez de los mismos a nivel departamental, lo cual generó dificultades reflejándose en la insatisfacción de usuarios, en el leve aumento de quejas y en los indicadores de oportunidad. Sin embargo, se mantuvo la cantidad de médicos, recurriendo a contratos por prestación de servicios de 1, 2 o 3 meses.

Uno de los factores que afecta la productividad en general durante los años de análisis se presentó por una alta rotación del personal médico, un 80% de los médicos que prestan sus servicios profesionales en esta área viven en el municipio de Yopal y exigen que les incremente

el valor de la hora o que se le iguale al hospital de la capital, lo cual es imposible para la institución generando inconvenientes de compromiso institucional e inconvenientes en las entregas de turno y en algunas oportunidades alteración del indicador oportunidad triage. La productividad se ve muy afectada, debido a que la institución debe tomar medidas que conlleven al recorte de capacidad con profesionales, cuando se suscriben contratos con las diferentes EPS tratan de imponer tarifas que no cubren los gastos y costos en las que incurren las ESE, teniendo en cuenta que contratan servicios ambulatorios, hospitalarios y urgencias 24 horas la población objeto del contrato la varían cada mes, por lo que en el caso de los contratos capitados, glosan población atendida y que no estaba en base de datos, en el casos de contratos de promoción y prevención incluyen matrices poblacionales no adecuadas a la realidad de cada municipio.

Es importante precisar que la entidad disminuye su productividad en la vigencia 2014 aspecto que es consistente con la disminución en la producción de servicios de salud, por aspectos asociados a la no suscripción de contratos de prestación de servicios con la población afiliada al Régimen Subsidiado.

La entidad cuenta con la capacidad instalada mayor a la requerida para la garantía de la prestación de servicios en su área de influencia, por lo que la entidad deberá analizar opciones como ajustar su capacidad instalada, o la implementación de otros servicios o los mismos servicios mejorando la contratación con régimen contributivo y subsidiado.

Los indicadores de producción de la entidad si bien presentaron decrecimiento constante en las vigencias analizadas, en especial en 2014 es el resultado de la disminución de servicios para lograr la disminución del gasto planteado en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, teniendo en cuenta que la institución fue categorizada en riesgo alto, para la Vigencia 2013 , para

el año 2014 se mantiene la categorización obtenida, para el caso de 2015 la entidad fue categorizada en riesgo medio, y finalmente para el año 2016 se clasifico en medio bajo.

8.12 CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

8.12.1 Sistema único de habilitación

El Hospital Juan Hernando Urrego tenía certificado sus servicios de acuerdo a la normatividad vigente en el año 2013, Resolución 1441 de mayo de 2013, se realizó autoevaluación de las condiciones reales de los servicios, evidenciándose algunos hallazgos susceptibles de mejora, con el fin de cumplir los requisitos mínimos exigidos por el SOGC; En especial en los estándares de procesos prioritarios, infraestructura, historias y registros clínicos. Se elaboraron los respectivos planes de mejora.

Los servicios de nutrición, dietética y pediatría no se prestaron debido a la escasez de oferta de profesionales en estas áreas.

El servicio de Geriatria, el cual se encuentra incluido en la Red, presenta actualmente novedad de cierre por ausencia de demanda.

De acuerdo a la red aprobada por el Departamento y a los servicios actualmente habilitados, la ESE debe satisfacer las necesidades de atención en salud de los usuarios y sus familias, en todos los servicios de baja y mediana complejidad incluidos en el documento de Red.

Habilitación:

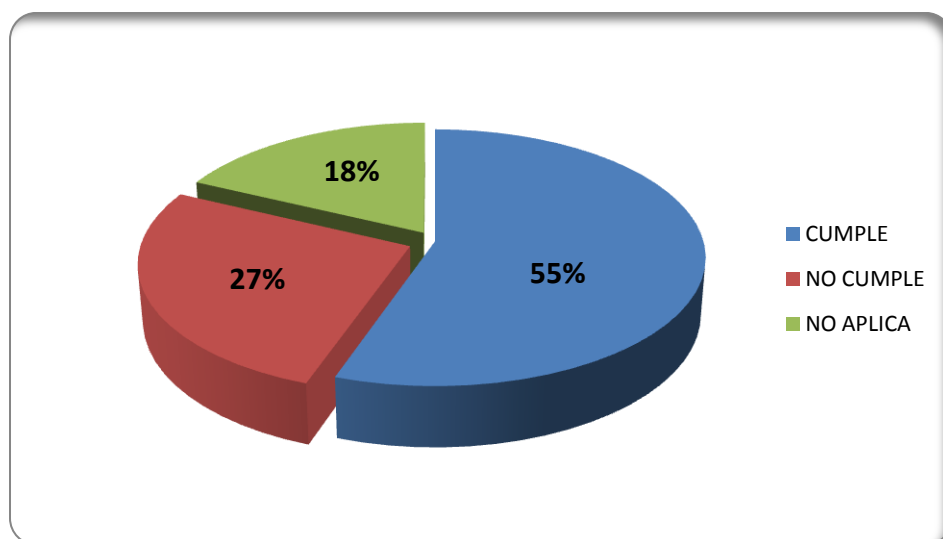
Tabla 33 Autoevaluación de estándares mínimos de habilitación Resolución 2003 de 2014

SERVICIO	CRITERIOS EVALUADOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Todos los servicios	130	58	55	17
Protección específica y detección temprana	12	7	1	4
Consulta Externa General	47	30	3	14

Odontología	55	44	5	6
Urgencias	90	55	27	8
Consulta. Ext. Especializadas	41	18	7	16
Imágenes diagnósticas	23	17	3	5
Farmacia	19	12	3	4
Ultrasonido	7	2	4	1
Tamización de cáncer cuello Uterino	27	21	3	3
Toma de muestras de laboratorio clínico	26	23	2	1
Laboratorio Clínico	49	25	7	17
Diagnóstico cardiovascular	25	9	3	13
Hospitalización	62	25	37	0
Hospitalización obstétrica	62	33	21	8
Esterilización	48	22	13	13
TOTAL	723	401	194	130

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Figura 25 Cumplimiento de Estándares de Habilitación



Fuente: Resolución 2003 de 2014SOGCS

Como se observa en la gráfica después de aplicar la autoevaluación se evidencia el cumplimiento 401 criterios, correspondiente al 55%. El 27% de los criterios no se cumplen en los servicios, lo cual se encuentra contemplado en el plan de mejoramiento de habilitación.

8.13 VENTA DE SERVICIOS

Bajo el actual modelo de mercado en el cual se desenvuelven las Instituciones prestadoras de servicios de salud y con el fin de lograr su autofinanciamiento las Empresas Sociales del Estado deben establecer relaciones comerciales para venta de servicios con los diferentes actores del sistema. Se analizó la contratación de venta de servicios y algunos de sus comportamientos durante las vigencias 2010 al 2016, así como el comportamiento con los diferentes pagadores.

La venta de servicios se basa en la necesidad de asegurar ingresos por servicios prestados, debidamente facturados y cobrados a las entidades con las cuales se contrata la atención de usuarios a las administradoras de Régimen Subsidiado, Empresas Promotoras de Salud, Empresas Privadas, Empresas de medicinas prepagadas, particulares. Así mismo, se celebran contratos interadministrativos para la Ejecución de actividades de promoción. También se venden servicios a otros entes territoriales como la Dirección Departamental de Salud de Cundinamarca, Arauca, Boyacá, Meta, entre otros. La venta de servicios se desenvuelve dentro de un esquema de negociación que se formaliza a través de un contrato, en el cual la Empresa Social actúa como contratista (vende los servicios); en este escenario existe una regulación sobre aspectos como las tarifas, la modalidad de contratación, el tipo de servicios a ofrecer. La contratación para la venta de servicios puede adquirir diversas formas, dependiendo del contratante y de la capacidad de negociación de la Empresa Social del Estado, así como de sus intereses y nivel de atención o complejidad. Las principales modalidades son: Pago por capitación, pago por evento.

Adicional a la forma de pago, existen otros parámetros que influyen en la contratación: la naturaleza jurídica del ente con que se contrata, sea pública, privada o un particular, el monto de la contratación, y la existencia de mecanismos de control en la ejecución y en la liquidación de

los mismos, parámetros que van íntimamente relacionados con el nivel de desarrollo y organización del sistema al que pertenece el usuario, dependiendo si es régimen subsidiado, contributivo o hace parte del grupo de vinculados, incidiendo en ello la capacidad de pago de cada persona.

Un elemento importante a considerar dentro de la venta de servicios es el relativo a las tarifas, ya que ellas determinan el reconocimiento por los servicios prestados; las más usadas en el medio son: SOAT especial pleno, SOAT especial menos el 10%, SOAT menos el 50%.

Las condiciones de negociación se establecen en términos de requisitos para la autorización de servicios, términos para la corrección y respuesta a las glosas, fecha de presentación de facturas y pago de las cuentas.

Sin embargo, el hospital no cuenta con suficiente capacidad de negociación para obtener mayores beneficios contractuales, debido a que las EPS imponen las condiciones en la negociación, la medida en que determinan la población a contratar, la forma de pago y las tarifas; así mismo la deficiencia en el sistema de costos de la ESE se convierte en riesgos para el hospital de Aguazul por cuanto se pactan tarifas, sin conocer realmente los costos que deben asumir para la prestación de los servicios.

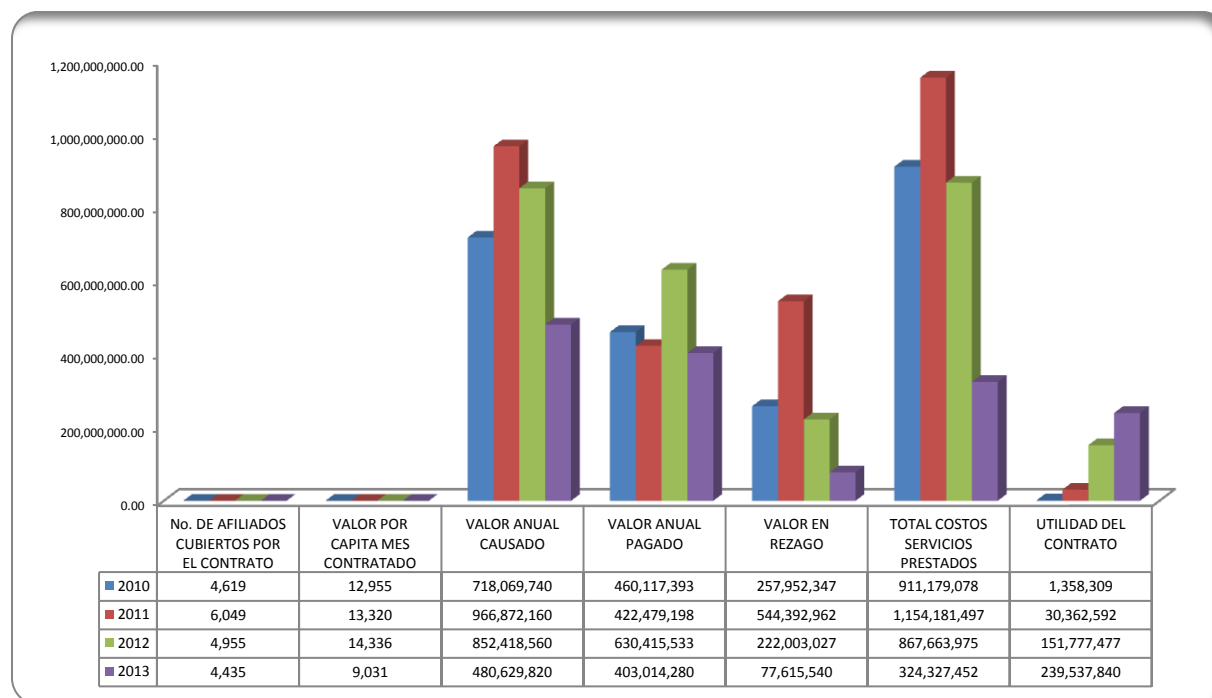
8.13.1 Contratos por Venta de Servicios.

La venta de servicios cápita y evento influye en el número de usuarios atendidos por régimen, valor facturado y valor recaudado por régimen costo de producción de las actividades vendidas a cada pagador.

Los Valores facturados y recaudos de cada vigencia son tomados del sistema GCI asistencial y de las bases de datos de los asegurados.

Las siguientes tablas permiten mostrar los datos de facturación y recaudo por régimen de cada vigencia.

Figura 26 Contrato por Venta de Servicios Cápita- Humana Vivir

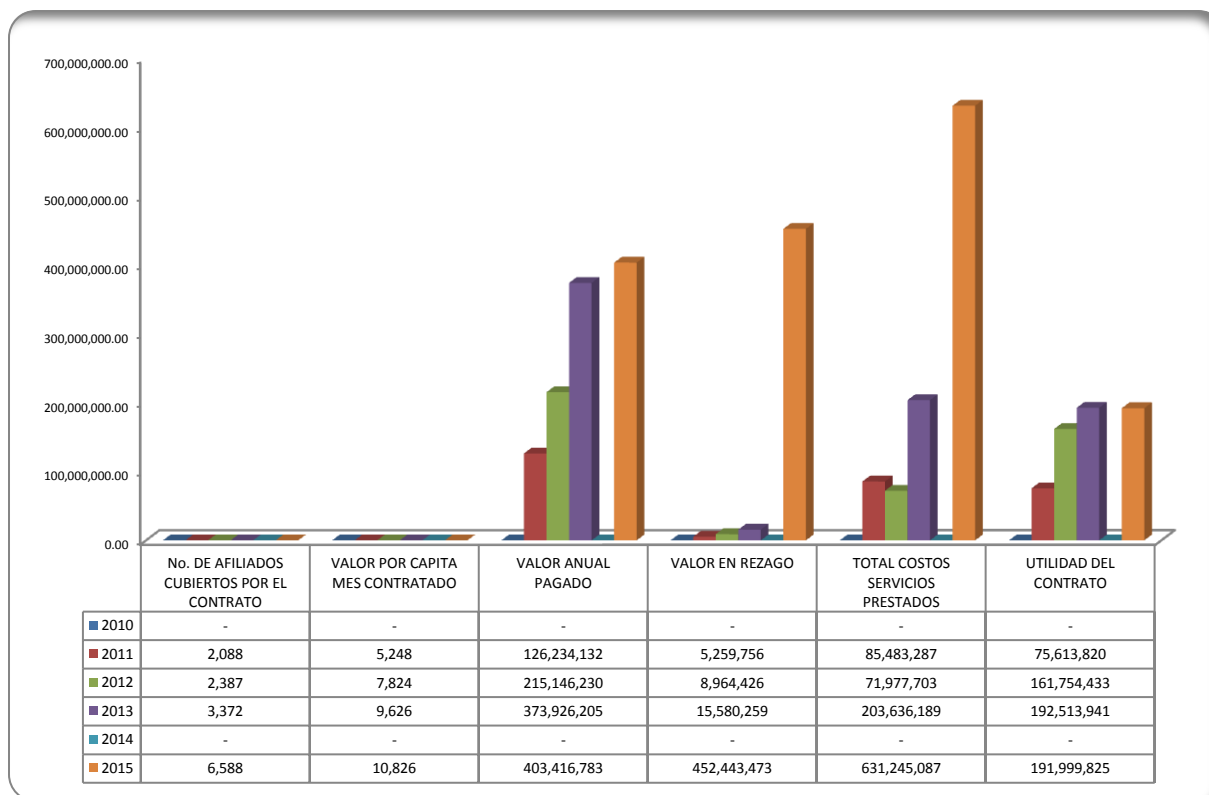


Fuente: Sistema GCI - Facturación

El Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego durante las vigencias 2010 al 2013 facturo por venta de servicios de salud bajo la modalidad cápita con la EPS Humana Vivir la suma de \$ 3.017.990.280, cancelando el 63% de lo facturado equivalente a \$ 1.916.026.404.

La EPS Humana Vivir entro en proceso de liquidación adeudando a la ESE el valor de \$ 151.797.338.

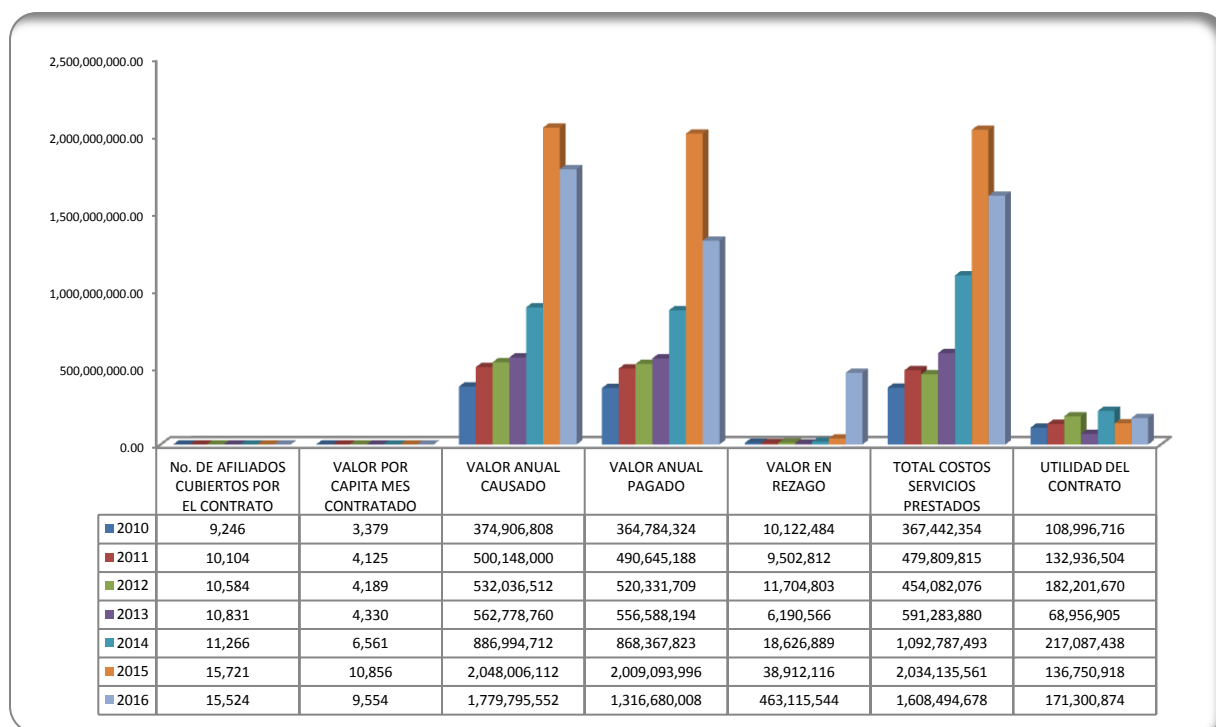
Figura 4 Contrato por Venta de Servicios Cápita- Caprecom



Fuente: Sistema GCI - Facturación

El Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego durante las vigencias 2011 al 2013 y 2015 facturo por venta de servicios de salud modalidad cápita con la EPS Caprecom la suma de \$ 1.600.971.264, cancelando el 70% de lo facturado equivalente a \$ 1.118.723.350. La EPS Caprecom entro en proceso de liquidación adeudando a la ESE el valor de \$ 299.944.524.

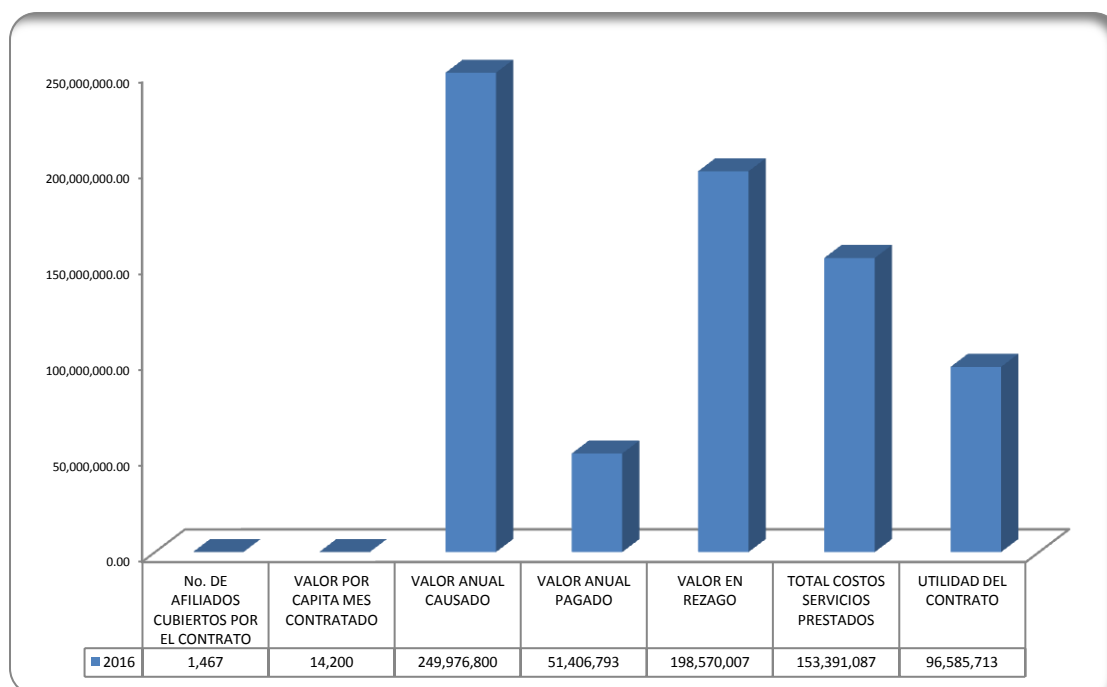
Figura 28 Contrato por Venta de Servicios Capita- Capresoca



Fuente: Sistema GCI - Facturación

El Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego durante las vigencias 2010 al 2016 facturo por venta de servicios de salud modalidad cápita con la EPS Capresoca la suma de \$ 6.684.666.456, cancelando el 92% de lo facturado equivalente a \$ 6.126.491.241.

Figura 5 Contrato por Venta de Servicios Cápita- Nueva EPS

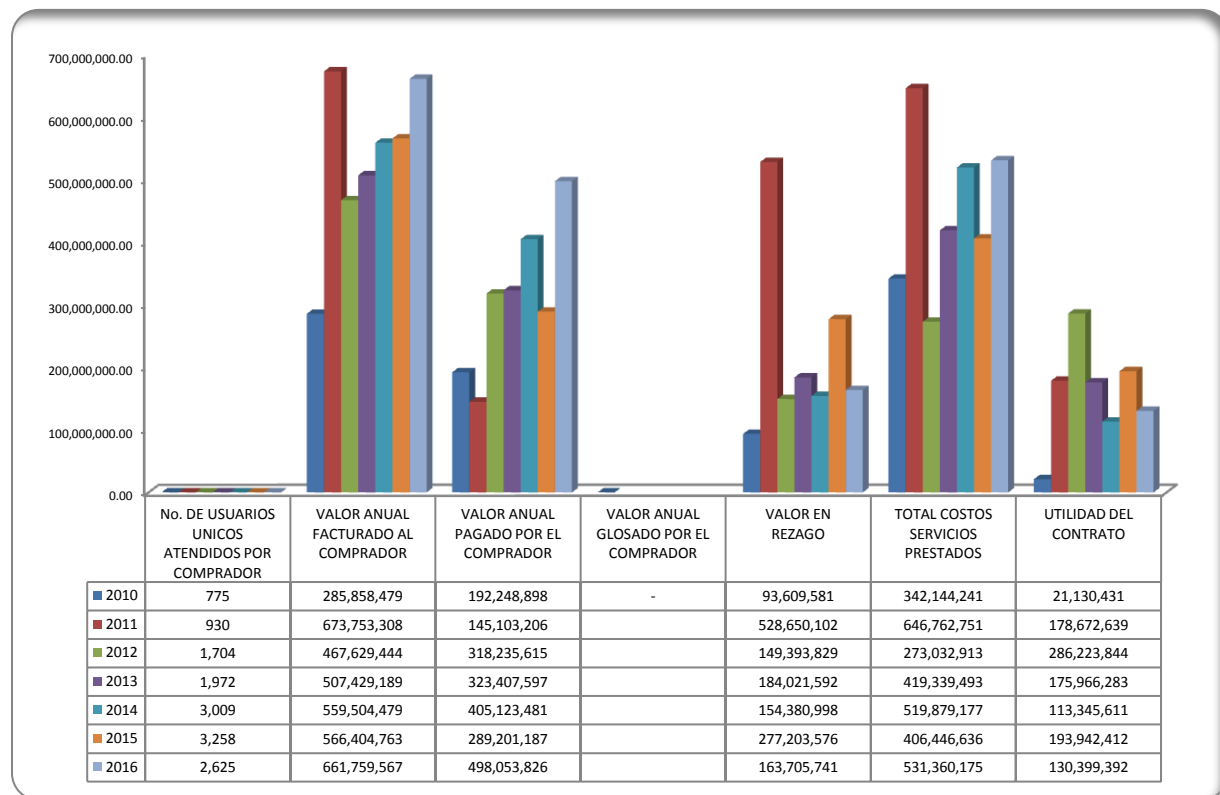


Fuente: Sistema GCI - Facturación

El Hospital durante las vigencias 2010 al 2016 ha manejado la modalidad de contratación de servicios por contratos de capitación por lo cual prácticamente no existen glosas, de tal suerte que el hospital tiene asegurado el ingreso. Sin embargo, es importante resaltar el manejo del riesgo en el aumento de los usuarios contratados por esta modalidad, ya que de este depende el equilibrio financiero del contrato y las utilidades del mismo.

Para las vigencias 2010-2016, la capitación se convierte en la principal modalidad de contratación con el régimen subsidiado ya que se cuenta con los giros directos que realiza el Ministerio de Salud por la prestación de servicios.

Figura 30 Contrato por Venta de Servicios Evento- Nueva EPS

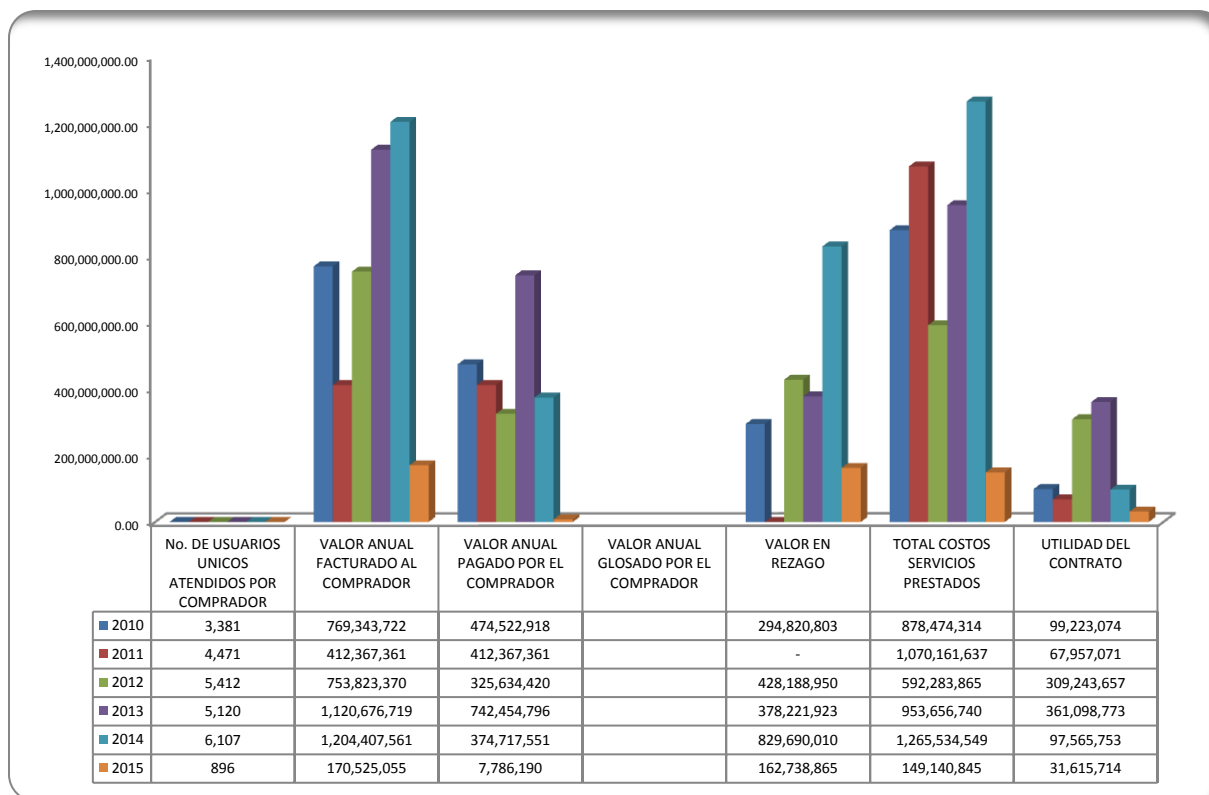


Fuente: Sistema GCI - Facturación

Durante las vigencias 2010 al 2016, la ESE ha atendido 14.273 usuarios, facturando por la prestación de servicios \$3.722.339.227 de los cuales se ha recaudado el 58.33% por \$ 2.171.373.810.

Se evidencia mayor facturación durante la vigencia 2011, con un rezago de \$ 528 millones de pesos.

Figura 6 Contrato por Venta de Servicios Evento- Saludcoop

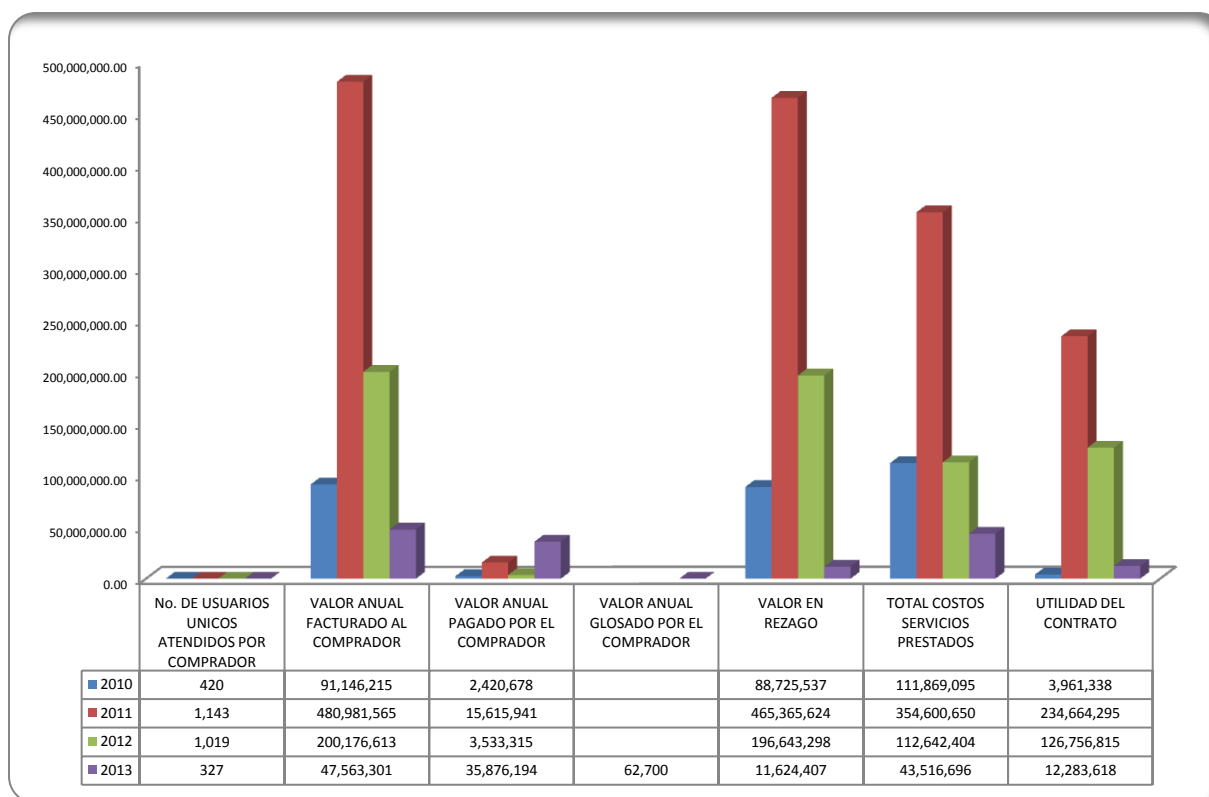


Fuente: Sistema GCI - Facturación

Durante las vigencias 2010 al 2016, la ESE ha atendido 25.387 usuarios, facturando por la prestación de servicios \$4.431.143.788 de los cuales se ha recaudado el 52.75% por \$ 2.337.483.236.

Se observa una disminución de usuarios, valor facturado y pagado durante la vigencia 2015, debido a que la EPS SaludCoop entro en procesos de liquidación adeudando a la ESE el valor de \$ 956.058.556.

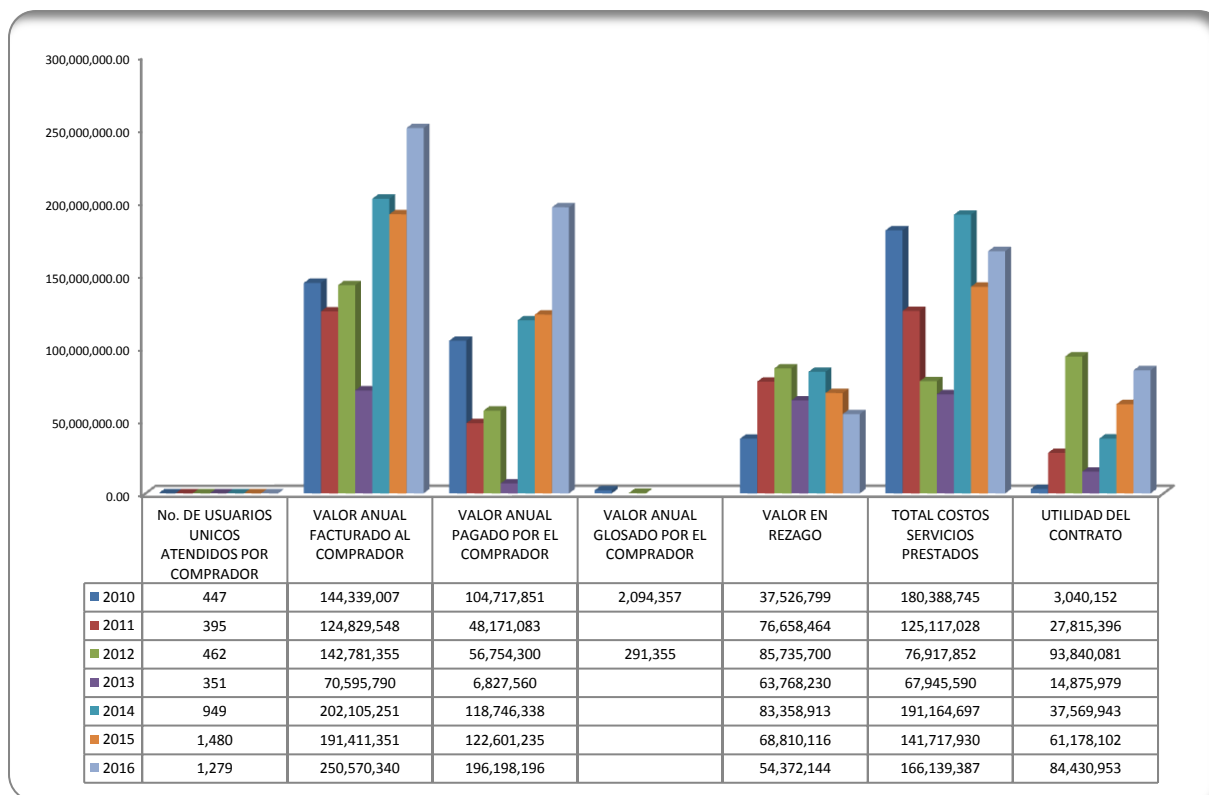
Figura 32 Contrato por Venta de Servicios Evento- Humana Vivir



Fuente: Sistema GCI - Facturación

Durante las vigencias 2010 al 2013, la ESE ha atendido 2.909 usuarios, facturando por la prestación de servicios \$819.867.694 de los cuales se ha recaudado el 7% por \$ 57.446.128.

Figura 7 Contrato por Venta de Servicios Evento – Colombiana de Salud

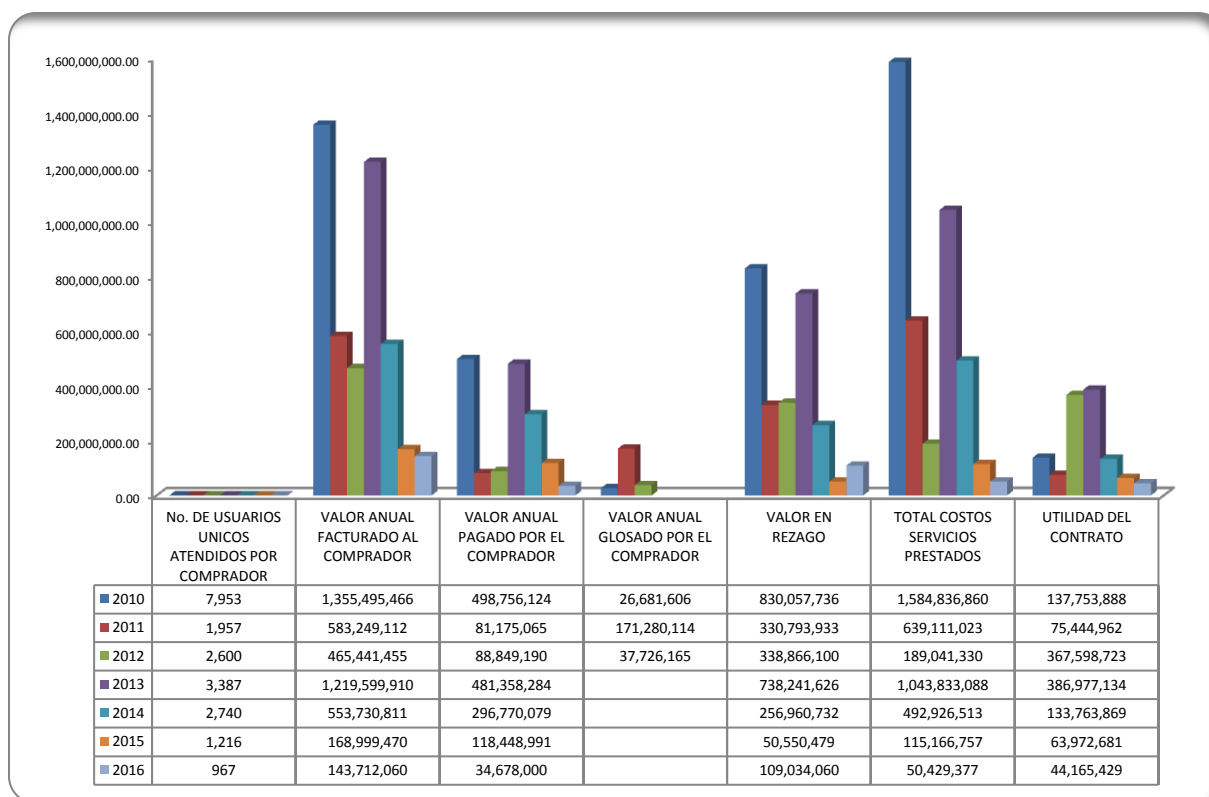


Fuente: Sistema GCI - Facturación

Durante las vigencias 2010 al 2016, la ESE ha atendido 5.363 usuarios, facturando por la prestación de servicios \$1.126.632.642 de los cuales se ha recaudado el 58.05% por \$ 654.016.563.

La contratación que se ha realizado con la EPS Colombia de Salud ha sido para la prestación de servicios a los usuarios del magisterio.

Figura 8 Contrato por Venta de Servicios Evento – Capresoca



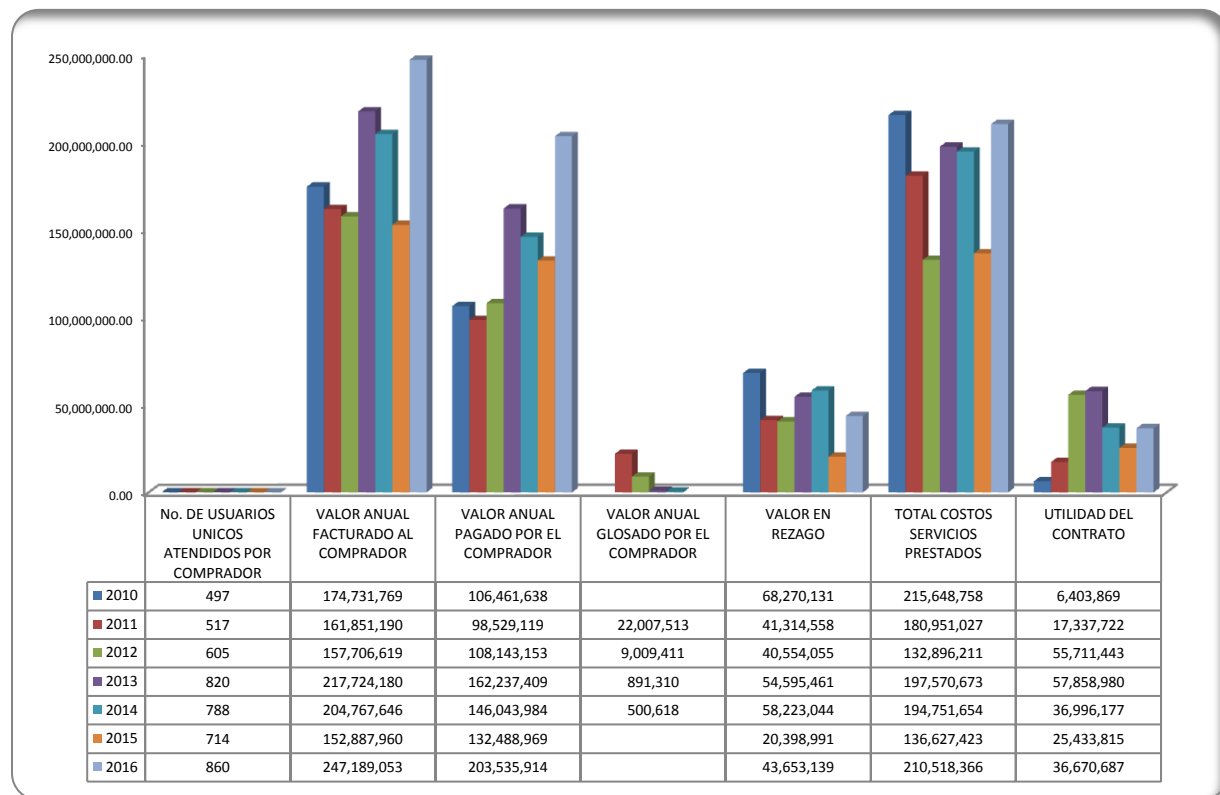
Fuente: Sistema GCI - Facturación

Durante las vigencias 2010 al 2016, la ESE ha atendido 20.820 usuarios, facturando por la prestación de servicios \$4.490.228.284 de los cuales se ha recaudado el 35.63% por \$ 1.600.035.732.

Durante el primer semestre de la vigencia 2014, el Hospital no suscribió contrato con Capresoca debido a las bajas tarifas ofertadas, los contratos de modalidad evento, se presta para el servicio de especialista como son ginecología, otorrino, psicología, procedimientos de segundo nivel como monitoria fetal y examen TSH para los recién nacidos.

En el cuarto trimestre de la vigencia 2016, los contratos suscritos con Capresoca EPS estaban vigentes en plazo mas no en valor por lo cual refleja una disminución porcentual en la facturación en esta vigencia.

Figura 35 Contrato por Venta de Servicios Evento – Soat Seguros



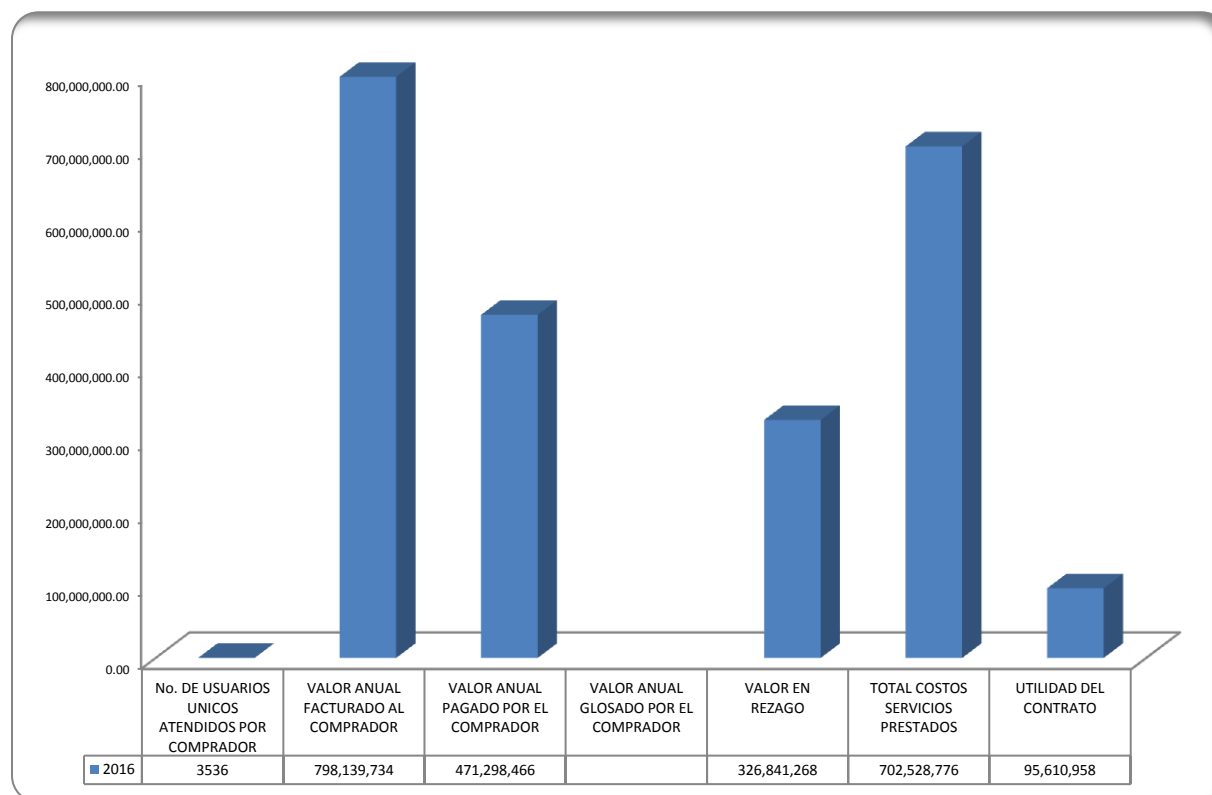
Fuente: Sistema GCI - Facturación

Durante las vigencias 2010 al 2016, la ESE ha atendido 4.801 usuarios, facturando por la prestación de servicios \$1.316.858.417 de los cuales se ha recaudado el 72.71% por \$ 957.440.186.

La facturación por accidentes de tránsito se ha mantenido durante cada vigencia, factor principal la alta accidentalidad que registra el municipio.

La modalidad de contratación por evento trae como ventajas que se cancelan los servicios a tarifas SOAT especial vigente y se cobra por cada una de las actividades realizadas; sin embargo, es desventaja para la ESE, por cuanto su cobro es más demorado y se genera un mayor nivel de glosas.

Figura 36 Contrato por Venta de Servicios Evento – Cafesalud



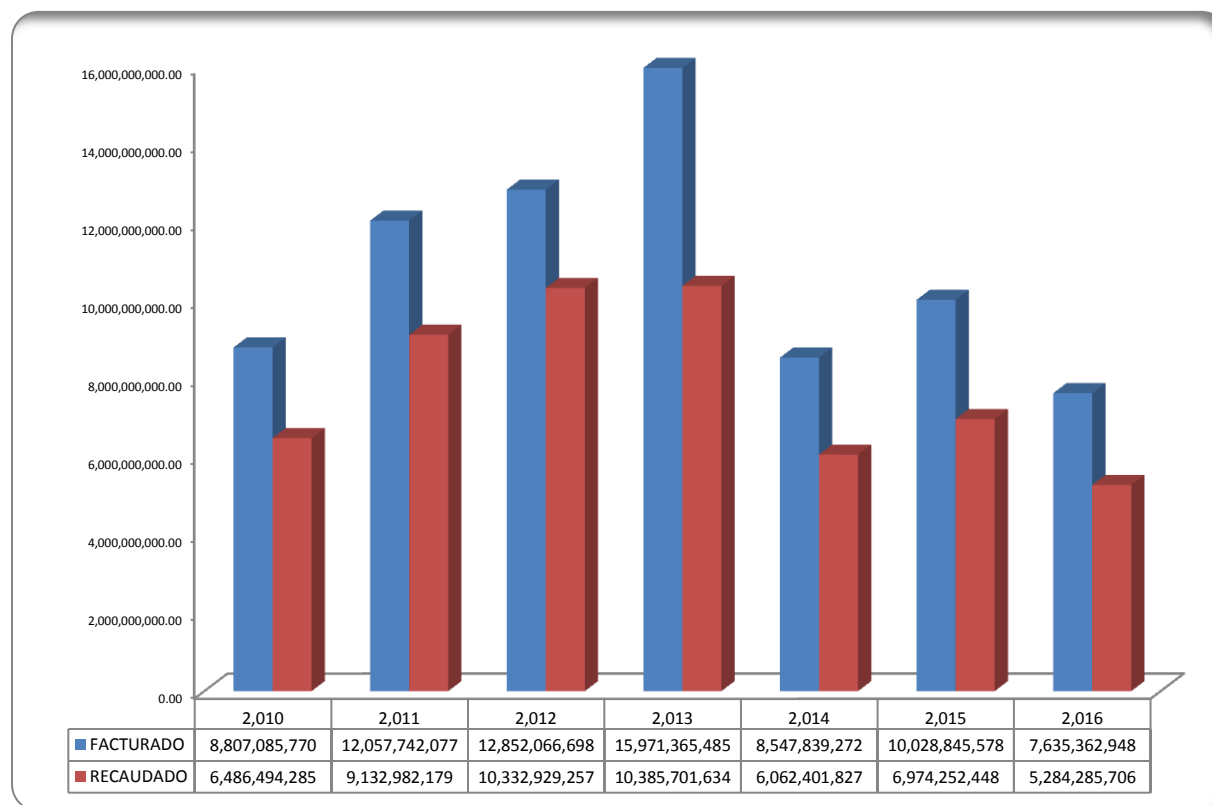
Fuente: Sistema GCI - Facturación

Durante la vigencia 2016, la ESE ha atendido 3.536 usuarios, facturando por la prestación de servicios \$798.139.734 de los cuales se ha recaudado el 72.71% por \$ 471.298.466.

Para efecto del análisis de venta de servicios evento se toma como referencia la contratación suscrita con 14 empresas prestadora de servicios de salud, el cual se revisó la tarifa promedio de servicios prestados, el número de servicios ofertados según nuestros portafolios de servicios, unidad funcional y centro de costos.

8.14 ANÁLISIS DE LA FACTURACIÓN VENTA DE SERVICIOS POR PAGADOR

Figura 9 Facturación Vs Recaudo por venta de servicios vigencia 2010 - 2016



Fuente: Presupuesto de Ingresos

Analizando la facturación que ha generado el Hospital por la venta de servicios a las diferentes EPS se observa que al culminar cada vigencia no se cumple la meta de recaudo quedando un rezago de cartera para la siguiente vigencia.

Tabla 34 Valores reconocidos por vigencias ingresos

CONCEPTOS	VALORES RECONOCIDOS POR VIGENCIAS (INGRESOS)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Venta de Servicios de Salud	8.807.085.770	12.057.742.077	12.852.066.698	15.971.365.485	8.547.839.272	10.028.845.578	7.635.362.948
Régimen Contributivo	1.316.116.464	1.507.935.997	1.797.468.527	1.712.059.466	1.931.123.438	1.900.050.308	1.989.247.851
Régimen Subsidiado	2.941.593.897	3.286.321.567	3.720.886.966	3.993.714.923	2.542.856.852	3.314.922.279	3.234.533.342

Atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	1.058.562.069	468.742.090	53.198.354	35.481.836	97.735.087	91.255.070	81.465.882
Copagos y cuotas moderadoras	91.208.590	84.045.210	82.766.861	104.971.557	59.278.778	60.588.792	60.229.545
Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	135.311.171	163.193.129	195.442.230	279.294.150	228.788.522	221.387.360	290.996.990
Plan de intervenciones colectivas (PIC)	491.635.510	1.271.434.990	4.676.625.830	9.648.015.354	3.544.208.197	4.289.325.290	1.809.749.527

Fuente: Bases de datos sistema GCI

La mayor fuente de ingresos que ha tenido la ESE durante las vigencias 2010 al 2016, ha sido

La ejecución de contratos interadministrativos con los municipios de Aguazul, Tauramena, Hato Corozal, Paz de Ariporo, Villanueva, Pore, entre otros.

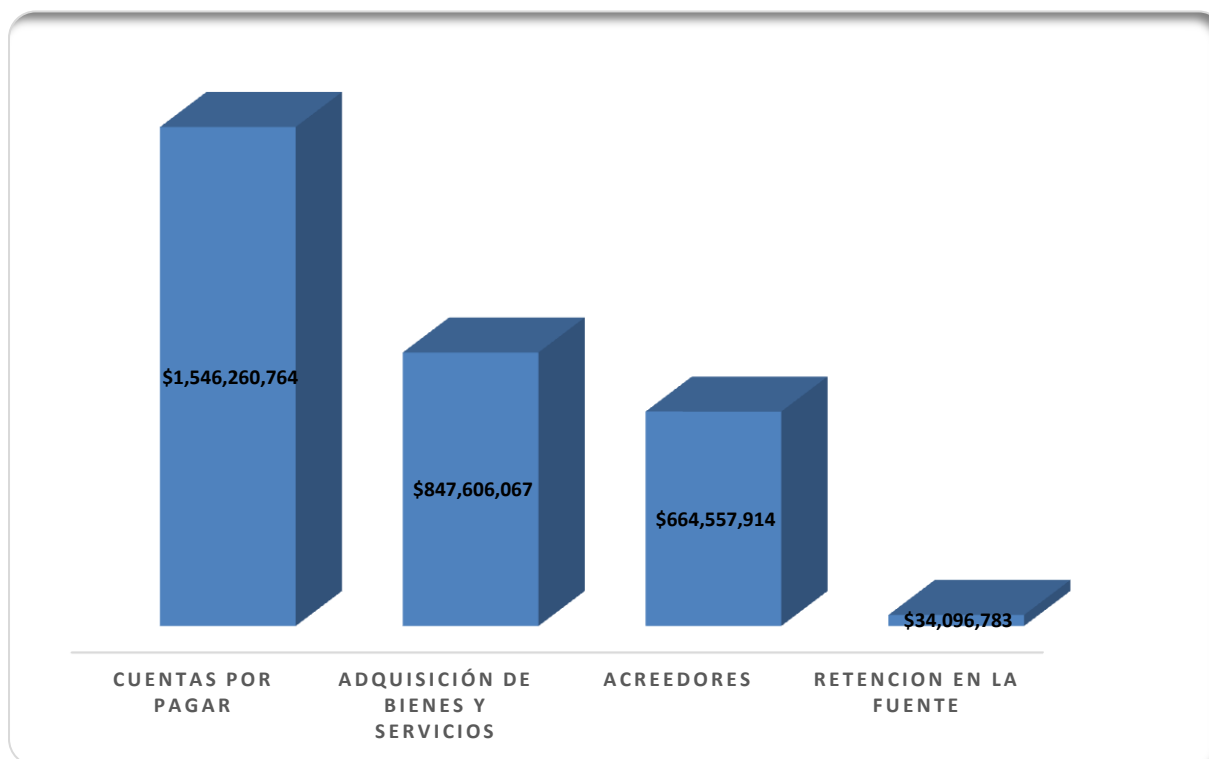
La variación anual del presupuesto recaudado por vigencias registra un incremento en el Régimen Subsidiado, y una disminución porcentual atención a la población pobre no cubierto con subsidios a la demanda.

La venta de servicios al régimen contributivo anualmente la facturación es representativa ya que es la segunda fuente de ingreso que posee la ESE, el recaudo representa solo un 30% de ingresos debido al índice de morosidad que presenta esta cartera a la entidad.

8.14.1 Cuentas Por Pagar.

Las cuentas por Pagar representan las obligaciones que el Hospital adquiere con terceros como: adquisición de bienes y servicios, acreedores, retenciones practicadas, avances y anticipos recibidos, depósitos recibidos de terceros, sentencias y conciliaciones; a Diciembre 31 de 2016 las cuentas por pagar ascienden a \$1.546 millones de pesos discriminados así:

Figura 38 Comportamiento de las Cuentas Por Pagar a 31 de diciembre de 2016



Fuente: Pasivos

Las cuentas por pagar, correspondiente a bienes y servicios por valor de \$847.606.067, el 54.82% son deudas con proveedores, estos valores se vienen cancelando con el recaudo de cartera; los acreedores representan dentro de las cuentas por pagar el 42.98%, correspondiente a aportes a fondos de pensiones por valor de \$67.369.268, aportes a seguridad social por valor de \$48.177.730, aportes a cajas de compensación familiar \$ 4.470.474, riesgos profesionales por valor de \$261,800; excedentes financieros por valor de \$4.961.883, son los rendimientos financieros causados mensualmente de los dineros que se encuentran en las cuentas de hospital por los contratos interadministrativos en ejecución, estos valores se devuelven al momento que

se liquiden; honorarios por valor de \$509.222.784, corresponde al valor causado por la prestación de servicios del personal contratado para la ejecución de actividades del área administrativa y operativa, este valor se viene pagando con los giros directos que realiza el Ministerio de Protección Social por contratado Capotado del Régimen Subsidiado; Seguros por valor de \$18.785.545.

El 2.21% representa dentro las cuentas por pagar retenciones en la fuente por valor de \$ 34.096.783, corresponde a los impuestos causados y pendientes por pagar a la DIAN la suma de \$ 18.009.300, y retenciones de impuesto de industria y comercio por valor de \$16.087.483, causados a la Alcaldía Municipal de Aguazul.

Obligaciones laborales y de seguridad social integral

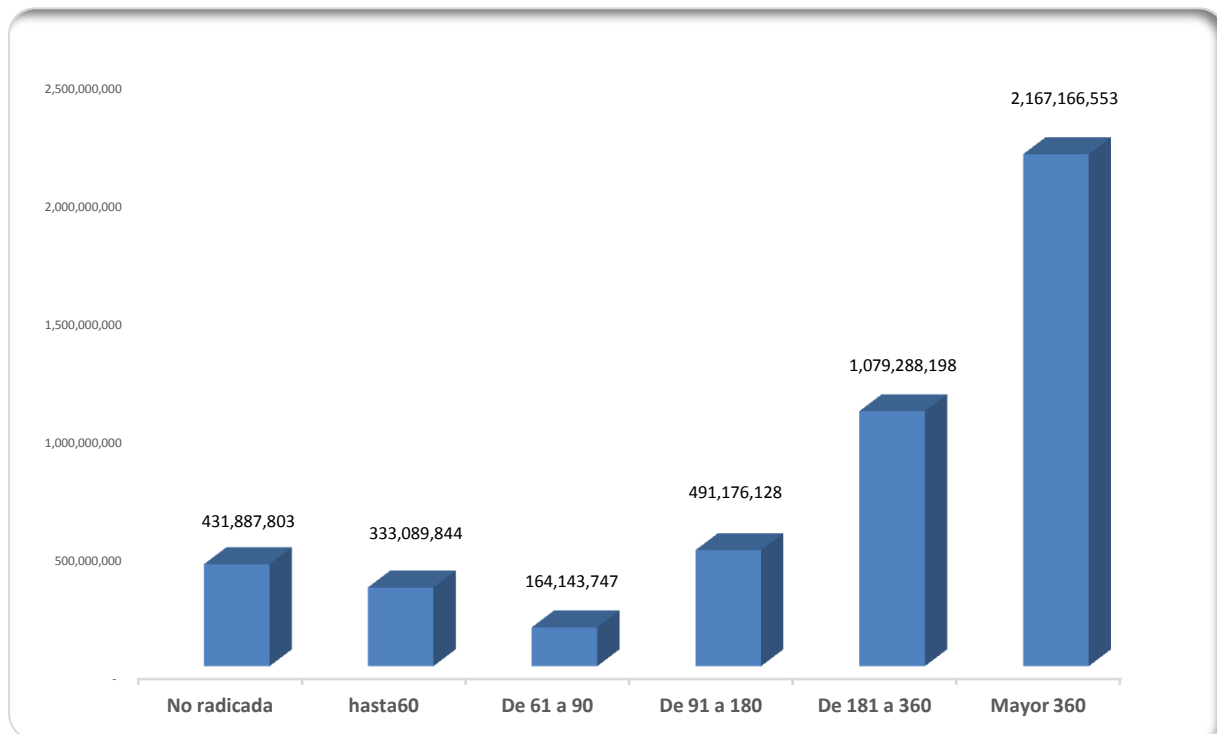
Las obligaciones laborales participan con el 9.48% del total del pasivo a Diciembre 31 de 2016 corresponden a nomina por pagar por \$66.158.050, Cesantías e Intereses de Cesantías por \$63.690.198, vacaciones por \$ 31.817.806, prima de vacaciones por \$ 31.511.688, prima de servicios por \$ 26.182.850, prima de navidad por \$ 2.194.700, bonificación por servicios prestados por \$ 17.590.057.

8.14.2 Cuentas por cobrar.

El monto total de cartera del Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego por concepto de venta de servicios de salud con fecha de corte Junio 30 de 2016, es de \$ 4.576.830.601.

Del total de cartera, el 63.04% corresponde a cartera corriente con edad menor a 360 días por valor de \$2.885.071.271, mientras que el restante 36.96% equivale a \$ 1.691.759.330, es cartera clasificada como no corriente, es decir, mayor a 360 días.

Figura 39 Composición de la cartera por edades



Fuente: Informe 2193 SIHO

La cartera que presenta mora de 91-180 corresponde al 10.53% del total de la cartera, de 181-360 días en mora representa el 23.13% y el 46.44% corresponde a cartera con más de 360 días de mora, las entidades que más adeudan a la ESE son Capresoca, Nueva EPS, Cafesalud y Salud total entre otras.

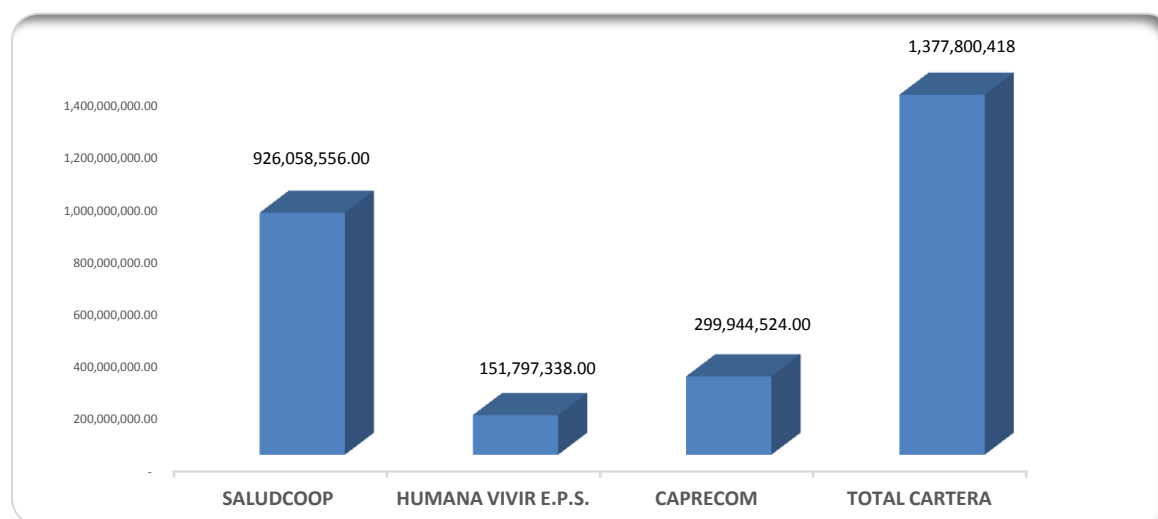
Monto glosado, el valor registrado de \$ 18.071.385, corresponde a las glosas iniciales y devoluciones pendientes de respuesta. La ESE cuenta con un Auditor Médico quien es el encargado del proceso de depuración y contestación de las glosas con el fin de reducir el monto glosado por las diferentes EPS y garantizar la recuperación de estos dineros.

Monto por castigar, contiene el valor registrado en la contabilidad por \$549.033.310, corresponde a cuentas de difícil recaudo que superan más de los 360 días de mora y a la cartera de las EPS que se encuentran en proceso de liquidación, las cuales se tiene en cuenta distintas

variables, tales como antigüedad y prescripción de las facturas, soportes físicos, conciliaciones realizadas con las distintas EPS, estado del proceso jurídico, el Hospital no ha realizado castigo de cartera por lo que toma un 23.62% de las deudas mayores a 360 días con el fin de provisionar una posible pérdida.

Del total de la cartera de la ESE, el 29.52% es cartera adeudada por las entidades que entraron en liquidación como son Humana Vivir por valor de \$ 151.797.338, Saludcoop– Contributivo, \$759.250.256 - Subsidiado, \$166.808.300; Caprecom por valor de \$299.944.524. La cartera adeudada por estas EPS es una cifra representativa dentro de las finanzas de la institución, la cual asciende a la suma de \$ 1.377.800.418 cartera de difícil recuperación.

Figura 40 Cartera de Entidades en Liquidación



Fuente: Informe 2193 SIHO

Dentro de las gestiones que realiza la ESE de recuperación de la cartera es asistir a las audiencias de conciliación convocada por la Superintendencia de Salud con el fin de llegar a acuerdo de conciliación de cartera con las diferentes EPS, igualmente a las mesas de trabajo convocada por la Secretaria de Salud Departamental.

El proceso de recaudo de cartera cada vez es más delicado, por la situación que atraviesa el país en materia de salud y en especial el no giro oportuno de recursos por parte de las Entidades Responsables del Pago; viendo en crecimiento que varias EPS lleguen al proceso de intervención y liquidación definitiva por parte de La Superintendencia Nacional de Salud.

8.14.3 Detalle de Cuentas Por Cobrar.

Como su nombre lo indica, en este formato se presenta de manera desagregada a nivel de tercero, la información correspondiente a la cartera de la ESE con fecha de corte diciembre 31 de 2016.

Tabla 35 Detalle de Cuentas Por Cobrar

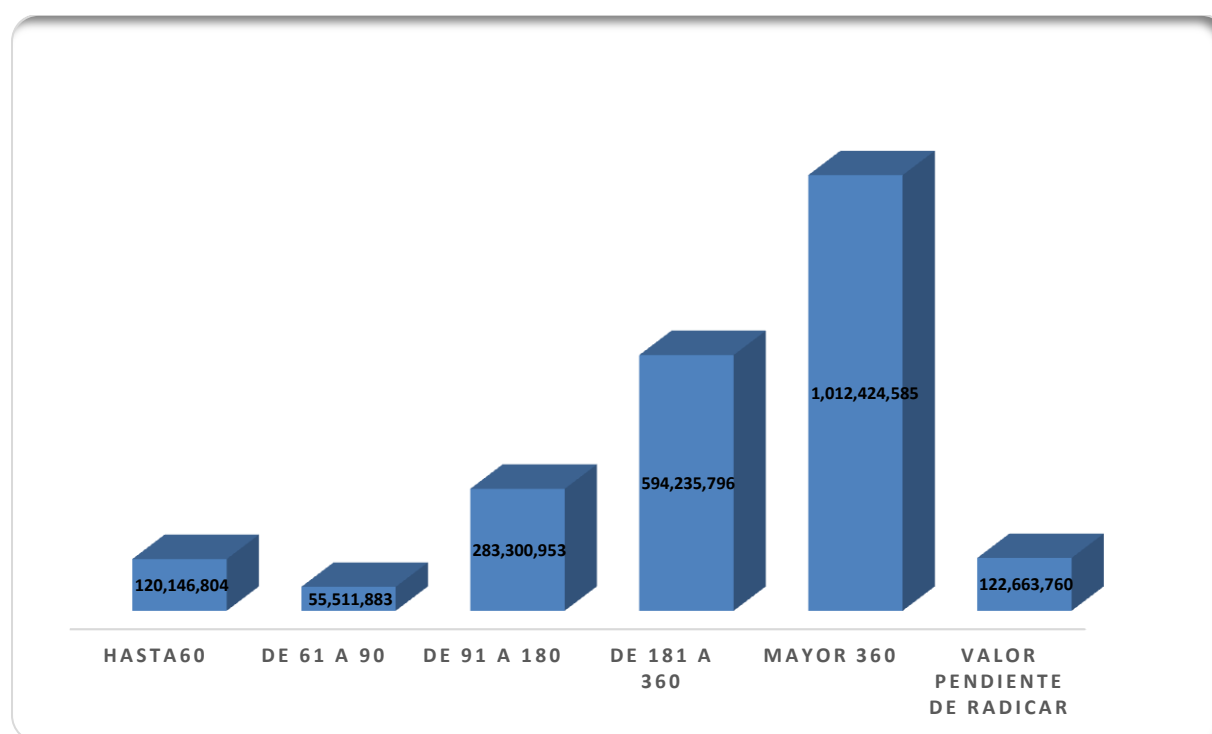
RÉGIMEN	VALOR	% PARTICIPACIÓN
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	2.188.283.781	46,89%
RÉGIMEN SUBSIDIADO	1.675.882.490	35,91%
EMPRESAS PRIVADAS	273.142.907	5,85%
EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADAS	3.243.403	0,07%
RÉGIMEN ESPECIAL	25.237.845	0,54%
ATENCIÓN CON CARGO AL SUBSIDIO A LA OFERTA	127.446.305	2,73%
RIESGOS PROFESIONALES ARP	33.165.546	0,71%
ACCIDENTE DE TRANSITO SOAT	210.587.635	4,51%
FOSYGA ECAT	93.358.726	2,00%
SERVICIOS DE SALUD PARTICULARES	4.586.584	0,10%
SERVICIOS CON CARGO A RECURSOS DE ACCIONES DE SALUD	31.817.051	0,68%
TOTAL CARTERA	4.666.752.273	100.00%

Fuente: Bases de datos sistema GCI

Las cuentas por cobrar de la ESE, registra una concentración de cartera del 46.89% equivalente a \$2.188 millones de pesos en el Régimen Contributivo; 35.91% equivalente a \$1.675 millones de pesos en el régimen subsidiado; 5.85% equivale a \$273 millones de pesos a Empresas Privadas; 4.51% equivale a \$210 millones de pesos a cargo de Accidentes de Tránsito Soat.

8.14.4 Análisis del Estado de Cartera por Régimen.

Figura 10 Cartera Régimen Contributivo

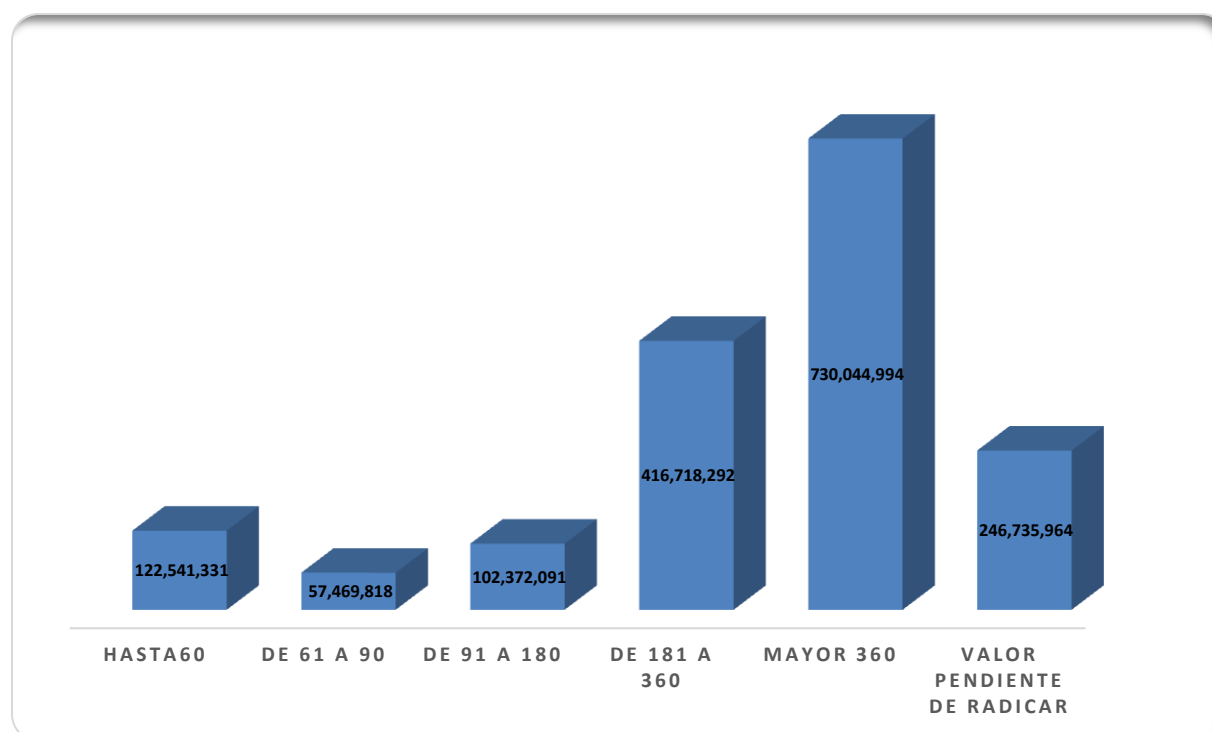


Fuente: Informe 2193 SIHO

La cartera proveniente de la venta de servicios de salud a Entidades Responsables de Pago del Régimen Contributivo asciende a \$2.188.283.781 de los cuales el 5.49% se encuentra entre el rango a 60 días de mora, 2.54% pertenece de 61 a 90 días; 12.95% se encuentra entre 91 a 180 días de mora; 27.16% está de 181 a 360 días.

La cartera mayor de 360 días registrada con fecha de corte Diciembre 31 de 2016 tiene un peso porcentual de 46.27%, las más representativas que corresponde a Saludcoop y Humana Vivir en liquidación por valor de \$ 609.352.629.

Figura 42 Cartera Régimen Subsidiado



Fuente: Informe 2193 SIHO

La cartera proveniente de la venta de servicios de salud a Entidades Responsables de Pago del Régimen Subsidiado asciende a \$1.675.882.490 de los cuales el 7.31% se encuentra entre el rango a 60 días de mora, 3.43% pertenece de 61 a 90 días; 6.11% se encuentra entre 91 a 180 días de mora; 24.87% está de 181 a 360 días.

La cartera mayor de 360 días registrada con fecha de corte Diciembre 31 de 2016 tiene un peso porcentual de 43.56%, las EPS más representativas corresponde a Caprecom, Saludcoop en liquidación y Capresoca por valor de \$473.202.540.

8.15 PROYECCIÓN DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

La proyección de la producción para el hospital Juan Hernando Urrego para los próximos 6 años se realiza con un escenario de tendencia teniendo en cuenta los servicios autorizados en el documento de red del departamento y los servicios habilitados, otra variable que se analizó para la producción es capacidad física instalada y la capacidad con recurso humano, teniendo en cuenta la infraestructura actual.

Se analiza la frecuencia de uso tomando el valor máximo y el valor mínimo de producción de los años 2010 hasta 2016, y se pondero un 95% al valor mínimo y un 5% al valor máximo, esta constante se aplica para todos los años.

Igualmente se toman otras variables como el aumento de la población, por esta razón se manejan aumentos en porcentajes del 3% para algunos servicios, las 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad que se presentan en el municipio y las condiciones de aseguramiento de la población. Igualmente, los incrementos en proyección de venta de servicios para los años que se analizan no asciende la capacidad del recurso humano con que cuenta actualmente la institución esto con el fin de no incrementar los gastos por concepto de personal y teniendo en cuenta que el personal de la institución en un 90% se encuentra contratado mediante la modalidad de contrato de prestación de servicios.

Una de las variables más significativas para la toma de decisiones en la proyección de la producción para los próximos años tiene que ver con que la institución es la única IPS pública del municipio de Aguazul y que actualmente concentran sus acciones en la atención de la población más pobre y vulnerable perteneciente especialmente al régimen subsidiado.

No se proyecta una producción ascendente para los servicios de urgencias, teniendo en cuenta que por ser una institución de baja complejidad, el mecanismo de contratación al que está

obligado para los servicios de baja complejidad es la capitación que consiste en un pago anual que la EPS hace al prestador por cada afiliado, basado en la UPC.

Aunque el pago por capitación se realice de manera anticipada, el valor de UPC es muy bajo teniendo en cuenta las tarifas que se negocian con la EPS, con las cuales se deben prestar los servicios de urgencias, consulta externa, promoción y prevención, hospitalización, ayudas diagnósticas etc., todos los servicios se encuentran capitados con el régimen subsidiado menos especialistas, por lo tanto no es aconsejable aumentar la producción mientras exista este tipo de contratación que ha llevado al desequilibrio de la institución.

Sin embargo, para la contratación de los servicios de urgencias, atención del parto y traslado asistencial básico se insistirá en la contratación bajo la modalidad de evento, debido a la amenaza de desequilibrio contractual dado por los picos epidemiológicos, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la institución, en el cual los eventos febriles constituyen la causa más frecuente de consulta, debido a que Aguazul es un municipio endémico para dengue. Los picos epidemiológicos de enfermedad respiratoria aguda (ERA) y de enfermedad diarreica aguda (EDA), que según el perfil epidemiológico tienen alta incidencia en el costo de estos servicios.

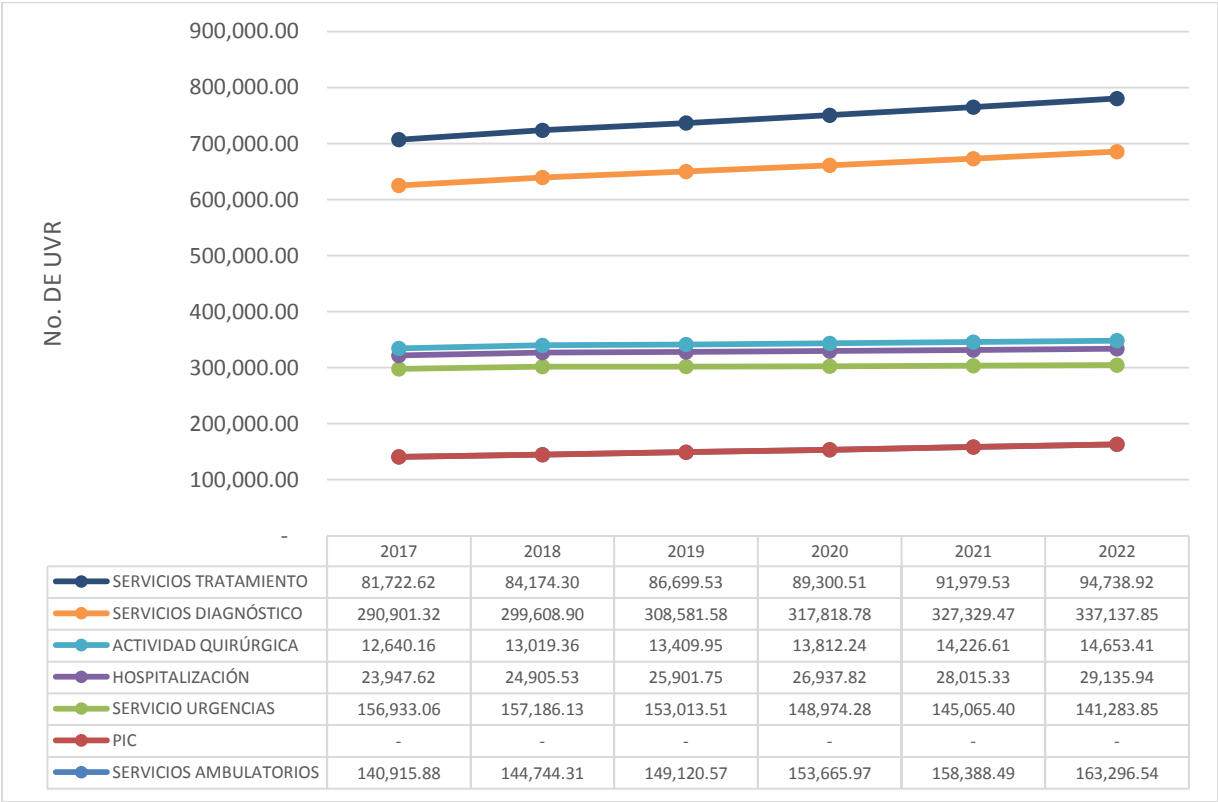
Si se contratara la venta los servicios mediante el pago por evento, mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente, se podría pensar en aumentar mucho más el porcentaje de producción, con el pago del 100 % de los servicios prestados y se disminuirá las dificultades económicas actuales.

Si se elevan los porcentajes de producción manteniéndose la contratación con la modalidad de pago por capitación esta situación se convierte en el principal elemento de inestabilidad financiera para el hospital, teniendo en cuenta que la población del régimen subsidiado aumenta

cada día, de acuerdo a las bases de datos que suministran las EPS, y que esta población ocupa un 70% de nuestra capacidad de oferta, quedando el 30 % restante para el régimen contributivo, especial particular y otros.

Las metas de promoción y prevención que establecen las EPS cada día son más altas y difíciles de cumplir lo cual genera glosas en la facturación que son descontadas del valor de la capital.

Figura 43 Proyección de Producción en unidades de valor 2017-2022



Fuente: Análisis de Producción

Como lo muestra la gráfica anterior la más baja proyección de producción en unidades de UVR se evidencia en las unidades funcionales de urgencias y hospitalización lo anterior teniendo en cuenta que a pesar que EL Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E es la única entidad en el municipio que oferta el servicio de urgencias, hospitalización y traslado de pacientes a

centros de referencia, debe garantizar costos fijos de recurso humano, insumos, mantenimiento, tecnología, y otros para la prestación del servicio las 24 horas, 365 días del año a todos los habitantes sin discriminar régimen según SGSSS y sin preaviso de contratación con las diferentes EPS.

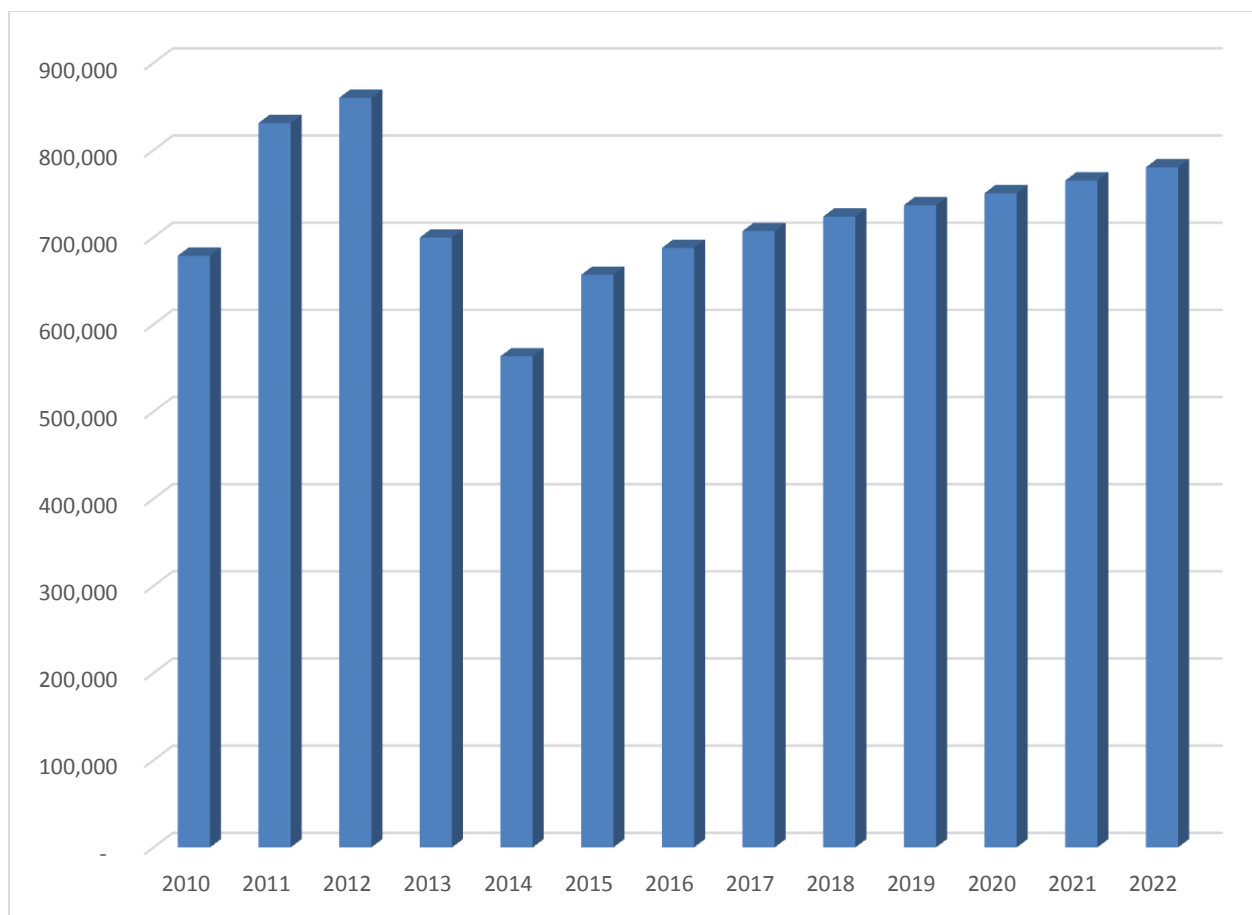
Los servicios de urgencias presentan un leve decrecimiento en la proyección de producción, debido al alto costo causado por la prestación de los mismos, además de la dificultad para el recaudo de los servicios facturados. La mayor dificultad en el recaudo se presenta con las EPS de otros departamentos debido a que las empresas aplican glosas injustificadas y la conciliación de las mismas o el cobro jurídico es más oneroso que el valor adeudado.

De acuerdo a la proyección de la producción para los próximos años los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento son los más representativos en valor de UVR

Teniendo en cuenta que el hospital tiene habilitado servicios de median complejidad como son especialidades en cardiología, pediatría, ginecobstetricia, otorrinolaringología, internista, nutrición y dietética, se proyecta ofertar estos servicios aumentando la producción entre un 3% hasta un 5% con la programación del especialista por lo menos dos veces al mes, esto con el fin de no cerrar estos servicios que son tan importantes para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Se implementarán estrategias para vender los servicios de especialistas a particulares y régimen especial y para facilitar los medios para que las EPS del régimen subsidiado y contributivo autoricen la prestación del servicio en la institución.

Figura 44 Proyección total en unidades de valor relativo 2010 a 2022



Fuente: Análisis de Producción

Como lo muestra la gráfica anterior la producción del hospital desde el año 2010 hasta el año 2015 ha sido muy variable presentando su menor producción en el año 2014, año donde no se prestaron los servicios al régimen subsidiado por no llegar a un acuerdo con la EPS CAPRESOCA respecto a las tarifas.

Los años de mayor producción fueron los años 2011 y 2012 donde a pesar de este crecimiento en la producción la ESE fue categorizada en RIESGO ALTO y debió acogerse a un PSFF, por la falta de pago oportuno por parte de las EPS, dificultad en la recuperación de cartera, y la liquidación de algunas EPS que adeudaban dineros por facturación de servicios a la ESE.

La baja producción de los años 2013, 2014 y 2015 se debió a la reducción de personal en algunas áreas y austeridad en los gastos.

Con el ejercicio de proyección de producción a partir del año 2016 hasta el año 2022 se evidencia en la gráfica anterior un crecimiento moderado que se puede cumplir sin afectar financieramente la institución y garantizando que sea viable financieramente y auto sostenible.

Para los próximos años los servicios prestados del grupo de consulta externa como medicina general, odontología, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, apoyo terapéutico, laboratorio clínico y radiología se proyecta un crecimiento evaluando las tarifas negociadas año tras año han ido disminuyendo progresivamente y que la población a nivel municipal afiliado se ha incrementado gradualmente, siendo para la Institución los costos altos para mantener la calidad y el recurso necesario para la prestación del servicio asistencial cumpliendo con los indicadores según normatividad vigente.

En general la proyección de la producción fue muy objetiva y acorde con la capacidad física, y teniendo en cuenta que la institución tiene la tecnología en equipos médicos, laboratorio clínico, odontología y rehabilitación adecuada y garantiza la prestación con calidad y eficiencia con ejecución de planes de mantenimiento y control de calidad que viabiliza todos los procesos para dar como resultados atenciones adecuadas. Los procedimientos y actividades realizadas se ajustan a lo habilitado ante la Secretaría Departamental de Salud de baja y mediana complejidad.

El Hospital, dentro de los parámetros del estudio de red debe proyectar el desarrollo de servicios de mediana complejidad, haciendo énfasis en la calidad del servicio, tecnología, seguridad del paciente, atención humanizada, infraestructura moderna y uso racional de los recursos. Se debe tener en cuenta, a pesar de la igualdad en la atención, en los servicios a ofertar a la población del

régimen contributivo, debido al crecimiento de los afiliados. Otro aspecto importante es la oferta de servicios a particulares.

En cuanto a la población del área de influencia según el documento de red, la expectativa de venta de servicios de salud ambulatorios de mediana complejidad permitiría mejorar los ingresos por este concepto.

8.16 Matriz DOFA

8.16.1 Oportunidad

- Iniciación de procesos judiciales en contra de las EPS por el no pago de la cartera, demora en el flujo de efectivo.
- Vender servicios de hospitalización a los municipios de influencia y área geográfica cercana al Hospital de aguazul.
- El apoyo de la Secretaria de Salud Departamental para la apertura de plazas de servicio social obligatorio cuando no hay oferta de médicos generales.
- Oportunidad en la adquisición de bienes garantizando la prestación de los servicios que incluyen, medicamentos, materiales e insumos medico quirúrgicos, elementos generales.
- La Institución está ubicada en un punto estratégico del Municipio, las vías de acceso a la población rural, casco urbano y área de influencia se encuentran en óptimas condiciones que facilita la accesibilidad a los servicios.
- La población total de Aguazul es de 39.664 habitantes más las áreas de influencia, lo que permite como institución contar con una alta demanda de servicios de salud.
- Giros directos de recursos por prestación de servicios de salud del régimen subsidiado por parte de Ministerio de Salud.

- Inicio inmediato de proceso de cobro judicial ante ausencia de ánimo conciliatorio por parte de las EPS.
- Incremento de las actividades de cruce y depuración de cartera para realizar acuerdos de pago que generen documentos exigibles judicialmente.
- Fortalecimiento de las auditorías concurrente y de las capacitaciones medico legales con el fin de concientizar al personal asistencial sobre adherencia a guías clínicas y protocolos de seguridad del paciente, además de la calidad de los registros clínicos.
- Implementación de los servicios especializados de telemedicina especializada con el fin de atender la demanda de estos servicios y generar competencia para presionar los honorarios de especialista a la baja.
- Aplicación de tiempos normativos para generar quejas por incumplimiento ante la SNS. Caso de no conciliación, inicio de cobro jurídico.

8.16.2 Amenaza

- Aumento de la población circulante que no se encuentra afiliada a ningún régimen de seguridad social.
- La alta tasa de desempleo y de informalidad laboral, produce el desplazamiento de los habitantes u otros municipios o departamentos, con la consecuente pérdida de usuarios a atender, y por consiguiente pérdida de la producción. A su vez el cambio de empleo formal a informal obliga a cambiar de régimen lo que afecta nuestros ingresos.
- La clasificación por niveles de SISBEN de la población del Municipio de Aguazul, aproximadamente el 80% se encuentra clasificada en los Niveles I y II accediendo a los beneficios de régimen subsidiado, sin embargo, esta clasificación no concuerda con su estado socio económico, lo que genera aumento del número de este tipo de población,

afectando la posibilidad de aumentar nuestros ingresos por venta de servicios a otros regímenes.

- El valor del porcentaje de la UPC es muy bajo y no representa equilibrio en los costos de la prestación de los servicios por la institución a las EPS subsidiadas. De igual manera la modalidad de pago por capitación a que nos obliga la normatividad vigente por ser de baja complejidad, evidencia desequilibrio en la producción y el pago de la misma.
- Las tarifas establecidas contractualmente para la prestación de servicios de salud, con las EPS no son concertadas por las partes, sino que son impuestas por las EPS, situación que pone en riesgo la parte financiera a la institución.
- La habilitación de manera indiscriminada de IPS, que se ha venido otorgando por parte de la autoridad en Salud Departamental, se convierten en competencia desleal para la institución.
- Liquidación de Entidades Responsables de Pago, lo cual genera pérdida de recuperación de recursos invertidos en la prestación de los servicios.
- Ausencia en los procesos de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, o manifestación de la parte convocada que no asiste ánimo conciliatorio en la audiencia.
- Envejecimiento en el valor de los Estados de cartera ocasionado en gran medida por el no pago de obligaciones por parte de las entidades en proceso de liquidación y saldos de cartera no depurados al 100 %.
- Desequilibrio financiero con el pago de sentencias y conciliaciones falladas en contra del Hospital.
- La falta de oferta de profesionales especializados en la región no permite la prestación de servicios especializados que se ofertan la institución.

- No cumplimiento de pago de las EPS, a las facturaciones radicadas dentro del tiempo establecido por la norma.

8.16.3 Fortaleza

- La planeación oportuna para la adquisición de bienes garantiza la prestación de los servicios que incluyen, medicamentos, materiales e insumos medico quirúrgicos, elementos generales.
- La ESE Hospital de Aguazul es la única IPS Pública en el Municipio que oferta el servicio de urgencias, hospitalización y traslado de pacientes a centros de referencia.
- Se prioriza el pago oportuno de los servicios públicos, parafiscales y nómina del personal de planta.
- De acuerdo a la red aprobada por el departamento y a los servicios actualmente habilitados la institución satisface las necesidades de atención en todos los servicios de baja y mediana complejidad, por contar con una ubicación geográfica estratégica, que nos permite descongestionar los servicios centralizados en la capital del Departamento de Casanare.
- En lo relacionado con la competencia en la prestación de los servicios de salud de baja complejidad, el posicionamiento institucional es muy fuerte, se constituye en la única oferta de servicios de atención de urgencias, partos, hospitalización, consultas de medicina especializada, imágenes diagnósticas, en el Municipio de Aguazul.
- El modelo de prestación de servicios del Hospital está diseñado acorde con su capacidad instalada, infraestructura, tecnología, Talento humano y capacidades financieras, con un modelo de atención en salud en baja complejidad, bajo el marco del proceso SOGC,

orientadas a establecer acciones de mejora continua, para brindar seguridad al paciente, humanización en la atención y enfoque del riesgo.

- Cumplimos con los indicadores de calidad en oportunidad, accesibilidad, establecidos por la normatividad vigente, con los servicios habilitados en un 90 %.
- Contamos con un Sistema de Información Integrado (asistencial – Administrativo), El Sistema de Información es parametrizable y configurable a los requerimientos de la institución para manejo Historia Clínica, Implementación modulo historia clínica sistematizada, facturación y modulo contable.
- Se cuenta con instalaciones adecuadas y que ofrecen el espacio suficiente para que los procesos administrativos se presten con eficiencia.
- Se cuenta con una plataforma tecnológica estable que facilita el funcionamiento de las diferentes áreas, con el uso de tecnologías de la información que se tienen implementadas, Se cuenta con copias de respaldo de sistemas alternos críticos al Sistema de Información (Base de Datos).
- Se da respuesta oportuna dentro de los términos legales a las demandas presentadas en contra de la ESE.
- Giros directos de recursos por prestación de servicios de salud del régimen subsidiado por parte de Ministerio de Salud.
- Se garantiza el 5% del presupuesto inicial de la ESE, para el cumplimiento y la ejecución del plan de mantenimiento de la infraestructura y el equipo biomédico.

8.16.4 Debilidad

- Servicio de hospitalización subutilizado ya que la infraestructura física es suficiente y se cuenta con el personal de salud requerido durante las 24 horas del día, para la prestación

del servicio y el promedio de atención día es de 1.5 usuarios. Teniendo en cuenta que, aunque garantizamos la permanencia del personal asistencial, los ingresos de pacientes a esta área son bajos.

- Incumplimiento de protocolos de atención en salud en los servicios de urgencia lo que conlleva al incremento de demandas contra el hospital relacionadas con la falla en el servicio y/o mala praxis, con pretensiones cuantiosas que al no contar con medios probatorios que puedan lograr desvirtuar las pretensiones de la demanda tienen la posibilidad de que sean falladas en contra de la institución.
- Existen riesgos jurídicos y financieros asociadas a las modalidades de vinculación del talento humano a las cuales debe acudir a ESE ya que el personal de planta es insuficiente, y se ve obligado a contratar servicios de manera externa.
- Por tratarse de una institución que presta servicio de primer nivel de atención, no es muy llamativo para los profesionales, por el tipo de experiencia adquirida.
- La falta de flujo financiero obliga a la institución a realizar contratos del personal asistencial y administrativo a corto plazo incrementado el desgaste administrativo y generando aumento en la rotación de personal y falta de compromisos del mismo con la institución.
- Solo se cuenta con servicios habilitados de primer nivel y algunos procedimientos de consulta externa de mediana complejidad, lo que no cumple con las necesidades de las EPS y usuarios del área de influencia.
- El no contar con el flujo de caja, para el pago oportuno de las obligaciones contraídas, genera alteraciones en todos los procesos de atención e indicadores financieros.

- Las fallas presentadas en la pertinencia de la prestación de servicios y facturación, genera aumento de la imposición de glosas por parte de las EPS. Lo que se traduce en mayor desgaste administrativo y prolongación de los tiempos de pago o pérdida de las mismas.
- La capacidad instalada y el recurso humano actual es acorde a las necesidades en salud actuales del Municipio y áreas de influencia del mismo. Sin embargo, la proyección a futuro de la población descrita presentara de manera lógica un aumento, lo que evidencia que las instalaciones físicas seria deficientes para la prestación de los servicios de salud a futuro en todas las áreas.

8.17 ANÁLISIS INTEGRAL DEL DIAGNÓSTICO DE LA ESE

8.17.1 ESTRATEGIAS TIPO F.O.

- Realizar un seguimiento e interventoría a cada uno de los contratos de suministros y bienes que son para la prestación directa de los servicios.
- Mantener vigentes los contratos de prestación de servicios con EPS, de Régimen Contributivo y Subsidiado.
- Hacer seguimiento estricto al gasto de servicios públicos a fin de generar ahorro. Sensibilizar personal en cultura del ahorro.
- Ofertar servicios integrales a las EPS con usuarios en el área de influencia.
- Cambiar el tipo de contratación de cápita a evento con las EPS del régimen subsidiado con el fin de compensar las pérdidas en el servicio de urgencias, fortaleciendo auditoria concurrente para que se audite y se minimice la glosa.
- Utilización de las posibilidades de apalancamiento financiero por parte de la Secretaria de Salud Departamental de Casanare, para la implementación de los servicios especializados de Telemedicina.

- Hacer seguimiento estricto de inasistencias. Programar charlas periódicas sobre derechos y deberes de los usuarios.
- Sensibilizar, mediante gestión gerencial, al personal de policía para evitar uso fraudulento de las pólizas SOAT, a fin de evitar estimulación a la suplantación de pólizas, lo cual, con posterioridad genera glosa. Gestionar ante autoridad civil la no realización de eventos de alto riesgo deportivo, tipo motocross, sin el debido amparo de las pólizas especiales, demostradas antes de los eventos.
- Reorganizar servicio de facturación ampliando los horarios de atención en servicios ambulatorios, asignación de citas por vía telefónica, mejorando la accesibilidad de los usuarios.
- Establecer dentro del rubro que se destina para el mantenimiento un porcentaje que cubra los gastos generados para garantizar la adquisición de equipos tecnológicos y soporte técnico del sistema de información.
- Trámite abreviado de procesos con el fin de garantizar la indemnidad judicial de la institución. Capacitación periódica en temas medico legales y asistenciales.
- Notificación obligatoria ante la Superintendencia Nacional de Salud de las ERP que no hayan cancelado facturas con tiempo superior a 90 días y como soporte de gestión prejudicial para el cobro por vía jurídica.
- Mantener los estándares de calidad requeridos por normatividad, relacionados a infraestructura y equipos médicos, como soporte necesario para la prestación del servicio.

8.17.2 ESTRATEGIAS TIPO F.A.

- Prestar de servicios de salud a la población no afiliada, con cargo al contrato evento suscrito con la Secretaría de Salud Departamental de Casanare

- Direcccionar de la población no afiliada al SGSSS para su vinculación a una EPS
- Aplicar la cultura de ahorro que se establece a nivel nacional para acceder a los beneficios otorgados por el gobierno para las entidades que ahorran servicios.
- Fortalecer servicios de Mediana Complejidad, si es posible, usar alternativa de Telemedicina.
- Promoción de servicios médicos especializados de Salud a particulares, con el fin de generar ingresos adicionales y valor agregado en el nivel de complejidad del Hospital.
- Implementación de los servicios especializados de telemedicina para incrementar la capacidad resolutiva, generar ingresos adicionales y consolidarse como oferta de salud en el área de influencia.
- Gestionar por parte de gerencia un afinamiento de la Encuesta de SISBEN, con el fin de depurar personas con capacidad de pago, para su afiliación al Régimen Contributivo.
- Generación semanal de cuentas de cobro de los eventos SOAT.
- Utilización máxima des recursos existentes para agilizar trámites administrativos, en especial los procesos financieros.
- Hacer seguimiento a consultores crónicos, afiliados a EPS de Régimen Subsidiado, para mitigar impacto en equilibrio de los contratos por capitación. Usar filtros en sistema y alertas para asignación de citas por consulta externa a un mismo usuario.
- Iniciar y hacer seguimiento a procesos de cobro judicial de la cartera mayor a noventa días.
- Priorización del pago de los servicios asistenciales y proveedores para minimizar la alta rotación de personal.

- Mantenimiento oportuno preventivo y correctivo de las ambulancias, con el fin de prevenir su deterioro y garantizar la calidad y seguridad de los traslados médicos.

8.17.3 ESTRATEGIAS TIPO D.O.

- Ofertar del Servicio de hospitalización de Bajo Nivel de Complejidad a las EPS del régimen Contributivo con población en el área de influencia.
- Actualizar de guías de manejo clínico, protocolos y procedimientos. Socializarlos al personal asistencial y evaluación, implementando la política y programa de seguridad del paciente y gestión adecuada de eventos adversos.
- Redactar minutas contractuales de tal manera que se deje claro el carácter de labor independiente o por prestación de servicios. Abstenerse de generar documentos o emitir órdenes verbales que implique subordinación. Sensibilizar a los contratistas sobre el tipo de contratación, en especial durante el proceso de inducción.
- Implementar del servicio de telemedicina, con el fin de hacer más atractiva la labor del médico general. Gestionar la realización de teleconferencias de actualización para los profesionales asistenciales.
- Contratar personal por plazo mínimo de 4 meses, para minimizar desgaste administrativo y rotación.
- Mantener contratación de profesionales especializados, con prioridad de medicina interna, gineco - obstetricia, pediatría. Implementar servicios de telemedicina.
- Hacer seguimiento a los tiempos de pago de las facturas generadas para presionar pago oportuno.
- Realizar periódicamente capacitación de personal técnico de facturación y asistencial, para minimizar impacto de glosa inicial.

- Gestionar recursos asignados mediante Plan Bienal para mejoras y ampliaciones locativas.

8.17.4 ESTRATEGIAS TIPO D.A.

- A pesar de la baja ocupación de camas de hospitalización, no incrementar hospitalización de pacientes de las EPS del Régimen subsidiado, con contratos capitados, para no incrementar desequilibrio contractual y pérdidas.
- Mantener y fortalecer la Auditoría Médica Concurrente, con el fin de hacer seguimiento a la calidad de la prestación del servicio y el adecuado y completo diligenciamiento de los registros clínicos, como soportes legales y de generación del cobro.
- Hacer seguimiento estricto a las diferentes demandas de carácter laboral, agotar todos los recursos jurídicos posibles en defensa de la Institución.
- Contratar los servicios de radiólogo e imagenólogo, con el fin de dar lectura a RX y utilizar adecuadamente el equipo de ultrasonido existente.
- Hacer seguimiento permanente al equilibrio de los contratos capitados, evitar hospitalización injustificada de estos usuarios, solicitud de estudios diagnósticos innecesarios, no pertinentes. Hacer seguimiento a inasistencias.
- Contemplar posibilidad de realización de "brigadas de atención médica especializada" de manera periódica, programada, en coordinación con las EPS, con agenda previa de citas hasta agotar asignación del número de consultas a realizar.
- Gestionar el cobro judicial de las cuentas no pagadas mayores a 180 días, sin excepción.
- Revisar periódicamente los contratos pactados, a fin de detectar fallas en procesos que requieren autorización. Apoyo permanente de auditores médico - cuentas médicas y concurrente, a fin de minimizar riesgo de glosa.

- Ofertar la prestación de servicios de salud a la población del área de influencia

9. CONCLUSIONES DEL ANALISIS, DE CAPACIDAD INSTALADA, DE PRODUCCIÓN Y COMPORTAMIENTO FINANCIERO DE LA ESE HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO

Una vez realizado el Análisis de la situación de la entidad con corte a 31 de diciembre de 2016 en los aspectos de capacidad instalada, indicadores financieros de la entidad, oferta y la demanda de servicios en su área de influencia, rol de la entidad en la red departamental y estudio de costos de la entidad, se presentan las siguientes conclusiones:

La entidad cuenta con corte a 31 de diciembre de 2016 con la capacidad instalada mayor a la requerida para la garantía de la prestación de servicios en su área de influencia, por lo que la entidad deberá analizar opciones como ajustar su capacidad instalada, o la implementación de otros servicios o los mismos servicios mejorando la contratación con régimen contributivo y subsidiado.

Los indicadores de producción de la entidad si bien presentaron decrecimiento constante en las vigencias analizadas, en especial en 2014 es el resultado de la disminución de servicios para lograr la disminución del gasto planteado en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

La entidad debe mejorar el nivel de contratación con el régimen subsidiado y contributivo, dado que su ingreso por ventas de servicios de salud se encuentra apalancado en otras ventas de servicios de salud, o de lo contrario corregir posibles inconsistencias en reporte al Sistema de Información Hospitalaria.

En cuanto al rol de la entidad en el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de ESE del Departamento, la entidad deberá propender por incrementar la capacidad

resolutiva y ser un componente esencial como prestador primario en el nuevo Modelo Integral de Atención en Salud MIAS.

La Entidad posterior al análisis de sus indicadores, deberá de manera oficial indicar al departamento del portafolio de servicios que será sostenible y pueda ser ofertado al área de influencia.

El hospital de igual forma deberá revisar los costos que está generando el tener tan alto número de camas hospitalarias y el gasto que genera mantener dicha oferta para la ocupación tan baja que tiene la entidad.

En cuanto al reconocimiento, la entidad cada vez disminuye este indicador lo que permite concluir que la entidad está logrando menores condiciones de contratación cada año, lo que sugiere que la entidad deberá mejorar la negociación de la capitación o proponer modelos de facturación con las EAPB que permita mantener los niveles de reconocimiento.

El reconocimiento por venta de servicios de salud, a diferencia de la mayoría de las Empresas Sociales del Estado se basa en otras ventas de servicios de salud y no al régimen subsidiado que el mayor grupo de posibles clientes de la entidad, por lo que se debe revisar por parte de la administración si no se está logrando una adecuada contratación o es deficiente el reporte de este indicador.

El recaudo evidenciado en las tres últimas vigencias de 2012 a 2015 un decrecimiento constante, afectando claramente el desempeño financiero de la entidad. No obstante, esta situación se presenta por la crisis general en el sistema y el impacto de entidades que entraron en liquidación.

La administración dentro de su plan estratégico deberá contemplar el seguimiento a la medida del giro directo y aplicar a medidas adicionales como la compra de cartera para mejorar la gestión de recaudo.

Por último, es importante precisar que la administración ha logrado mantener un equilibrio financiero y de oferta de servicios de salud a pesar de la fuerte crisis generada en el sector salud, y las grandes dificultades que en el sistema ha venido afectando principalmente a las entidades de mediana y alta complejidad

Finalmente se requiere de la revaluación de los siguientes circunstancias que se convierten en una barrera para el cumplimiento del PGIR y el logro del objetivo del mismos; el valor del porcentaje de la UPC que es muy bajo y no representa equilibrio en los costos de la prestación de los servicios por la institución a las EPS subsidiadas, la modalidad de pago por capitación a que obliga la normatividad vigente por ser de baja complejidad, el cual evidencia desequilibrio en la producción y el pago de la misma, las EPS no pagan a las instituciones prestadoras de los servicios de salud la facturación que por los servicios prestados y la cartera se incrementa cada día más, la liquidación de Entidades Responsables de Pago, lo cual genera pérdida de recuperación de recursos invertidos en la prestación de los servicios, las cuentas por pagar por concepto de pagos de honorarios de personal, proveedores de insumos que no se pueden cancelar por falta de flujo de efectivo.

Se requiere apoyo del Nivel nacional y se evidencia la necesidad de un cambio en la forma como se administran los recursos de la salud y en especial la cadena de intermediarios que se manejan para el pago de los mismos, sin que exista un seguimiento estricto por parte de las entidades que deben realizar el control.

10. RECOMENDACIONES

La entidad deberá mantener los indicadores de producción, en razón a la relevancia que la entidad tiene en la prestación de servicios de salud en el marco del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado.

La entidad deberá fortalecer los modelos de contratación y facturación de servicios de salud con su correspondiente manejo del recaudo de cartera.

La estructura de gastos de la entidad debe convertirse en un modelo ajustable que permita acondicionarse a los diferentes cambios normativos que en nuestro sistema son frecuentes.

La entidad deberá realizar seguimiento a las medidas de giro directo y compra de cartera que permita obtener un mejor recaudo y así un correcto flujo de recursos que no lo obligue a apalancarse en proveedores.

Se debe fortalecer el portafolio de servicios de la entidad en búsqueda de prestar la mayor capacidad posible de servicios de los prestadores primarios en el modelo de redes integradas.

La implementación de servicios de mediana complejidad se debe realizar mediante convenios con la ESE de mediana y Alta Complejidad del Departamento. Al respecto se recomienda aplicar nuevas estrategias y alianzas con instituciones de mediana complejidad con el propósito de mejorar ingresos y a la vez contribuir a descongestionar la única ESE de mediana y alta complejidad en el departamento de Casanare el Hospital de Yopal.

Por otro lado, la ampliación de servicios es de vital importancia acogerse a la Resolución 2003 de 2014, promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se establecen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de

habilitación de servicios de salud. En esta resolución, los prestadores de servicios de salud deben cumplir una serie de condiciones divididas en tres dimensiones: Capacidad Técnico-Administrativa, Suficiencia Patrimonial y Financiera, y Capacidad Tecnológica y Científica.

11. BIBLIOGRAFIA

- Blanco J.H. (2005) Administración de servicios de salud. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.
- Hidalgo P.C. (2003) Gestión de costos hospitalarios. Bogotá D.C: Eco Ediciones.
- Heredia F.A. (2003) Calidad y auditoria en salud. Bogotá D.C: Eco Ediciones.
- Informe Mundial de la Salud (2008) La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Jaramillo I. (1999) El futuro de la salud en Colombia. Bogotá D.C FES.
- Ley 100 de 1993. (2014) Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (En línea) Consultado en http://www.secretariassenado.gov.co/senado/bas_edoc/ley_0100_1993.htm.
- Martínez M.L. (2007) Facturación y Cartera por venta de servicios de salud. Bogotá D.C: Grupo Ecomedios.
- Organización Panamericana de la Salud (2007) La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la OPS. Washington DC.
- Sistema General de Seguridad Social Integral (Ley 100 de 1993) (En línea) Consultado en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/MseContent/images/news/DocNewsNo3>